

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 32

LES

ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC DE L'ÉCLAMPSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 décembre 1931

PAR

Gabriel-Marie-Georges PERY

PHARMACIEN

EX INTERNE EN PHARMACIE

INTERNE PROVISoire DES HÔPITAUX

PRÉPARATEUR DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE

LAURÉAT DES HÔPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

Né à BORDEAUX (Gironde), le 7 décembre 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		BÉGOUIN, professeur	Juges.
		CHARRIER, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 32

LES

ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC DE L'ÉCLAMPSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 décembre 1931

PAR

Gabriel-Marie-Georges PERY

PHARMACIEN

EX INTERNE EN PHARMACIE

INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

PRÉPARATEUR DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE

LAURÉAT DES HÔPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

Né à BORDEAUX (Gironde), le 7 décembre 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		BÉGOUIN, professeur	Juges.
		CHARRIER, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Putriculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
LE PROFESSEUR X. ARNOZAN

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Qui serait si heureuse en ce jour.

A MON PERE

Qui fut mon premier maître.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

Que j'unis dans la même affection.

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

PHARMACIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHELLE (1919-1923).

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABAT (Internat en pharmacie, 1922-1923).

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURIAC (Internat en pharmacie, 1926).

MÉDECINE ET CHIRURGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR RABERE (1923).

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES (1927-1931).

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEGOUIN (1927-1928).

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES (1928).

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCAZ (1929).

MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS (1929).

OBSTÉTRIQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERY (1930-1931).

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS (1931).

A MES AUTRES MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOR.

MONSIEUR LE DOCTEUR BALARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURSIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSERIE-LACROIX.

MONSIEUR LE DOCTEUR F. LEURET.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Non content de m'avoir donné le sujet de cette thèse, vous me faites encore le très grand honneur de bien vouloir la présider. C'est une attention dont je sens tout le prix. Soyez certain de mon indéfectible attachement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

On ne passe pas treize ans dans une Faculté sans y avoir eu de nombreux maîtres. La dette de reconnaissance que j'ai envers eux est lourde, et ma gratitude est immense. Je conserve de ma vie d'étudiant le meilleur souvenir. Je remercie bien vivement les maîtres qui m'ont rendu facile le passage des examens et des concours.

Mon père fut mon premier maître et m'initia à la pharmacie. Praticien de la vieille école, il conserve intactes les notions d'honneur et de devoir professionnel tels qu'on les concevait autrefois.

Dans le vaste champ d'études qu'est le Laboratoire du Professeur Chelle, j'appris la science des analyses biologiques et médicales.

Interne du Professeur Labat, je conserve de ce séjour à Pellegrin un souvenir charmant. Sous un abord distant, ce maître cache un cœur paternel et toujours prêt à vous aider de ses sages conseils et de sa haute science. Plusieurs fois, j'eus l'honneur de collaborer à ses travaux. Qu'il soit assuré de toute ma reconnaissance.

Dès le début de mes études pharmaceutiques, j'avais été attiré par le Laboratoire du Professeur Mauriac. J'eus la bonne fortune d'y faire ma dernière année d'internat en pharmacie. La renommée de ce maître éminent a depuis dépassé les bornes de ce domaine trop étroit, et la chaire de clinique médicale est le juste couronnement d'une carrière qui s'était annoncée, dès le début, comme exceptionnellement brillante.

J'ai commencé mes études médicales dans le service du Docteur Rabère. L'accueil si bienveillant, l'exquise bonté, l'habi-

leté chirurgicale de ce maître, commandent tout de suite la sympathie.

Mon excellent ami, le Professeur agrégé Dufour, eut l'aimable attention, alors qu'il était chef de clinique chirurgicale, de me préparer à l'externat. Qu'il soit assuré de toute ma reconnaissance.

Le bon souvenir que je conservai de mon stage chez le Professeur Carles m'incita à y revenir comme externe, puis je devins son préparateur. Chez ce maître éminent, la précision du diagnostic ne le cède en rien à la perfection de la thérapeutique. Dans de nombreuses circonstances, il me témoigna sa haute bienveillance. Enfin, je n'oublie pas qu'il m'aïda à disputer à la mort une mère tendrement aimée. Ma reconnaissance lui est indéfectiblement acquise.

Externe du Professeur Bégouin, j'ai toujours admiré chez ce maître l'art qu'il possède de schématiser en quelques phrases lapidaires les divers symptômes des affections chirurgicales les plus compliquées, la rigoureuse exactitude de son diagnostic et sa prestigieuse habileté opératoire.

Le Professeur Petges fut pour nous le maître savant et bon qui sait stimuler le courage dans le dur calvaire des concours. Son appui nous fut toujours d'un puissant réconfort.

Le Docteur Rocaz nous initia à la pédiatrie, et nous conservons de notre trop court passage à l'Hôpital des Enfants un délicieux souvenir.

Mon cousin le Docteur Boisserie-Lacroix sait tout ce que je lui dois. A de multiples reprises, et toujours avec le tact le plus exquis, il m'a associé à son art. Qu'il en soit ici vivement remercié.

Du Docteur Denis, j'ai apprécié les vues originales, qui font de son service un des plus goûtés de l'Hôpital Saint-André.

C'est chez mon oncle le Professeur agrégé Péry que je fis mon année d'internat provisoire. Dans ce beau service de la Maternité de Pellegrin, je fus initié à l'obstétrique. Trop de liens de famille nous unissent pour que je dise publiquement tout ce que je lui dois. Il sait l'admiration que j'ai pour lui,

modèle à suivre en tout point, homme modeste, savant accoucheur.

M. le Docteur Balard, dont la rude franchise n'a d'égale que la grande bonté, m'a toujours témoigné un vif intérêt. Ses conseils et ses observations cliniques m'ont été précieux pour la confection de ce travail. Nous l'en remercions chaleureusement.

En plusieurs circonstances, M. le Docteur Boursier fit preuve à notre égard d'une grande bonté.

J'ai déjà témoigné à mon Maître, M. le Professeur Andérodias, toute la respectueuse admiration que j'ai pour lui. C'est pour moi une grande joie et une grande fierté d'avoir été appelé à collaborer à son service.

Soit à l'hôpital, soit au laboratoire de thérapeutique, j'ai toujours été séduit par les directives heureuses que j'ai reçues de mon ami le Docteur François Leuret. Cinq ans de collaboration journalière n'ont fait que resserrer entre nous les liens d'une solide amitié.

Le Docteur Mangé fut pour moi un ami de la première heure; il m'a préparé à l'internat avec un inlassable dévouement; je devins ensuite son assistant; la dette de reconnaissance que j'ai envers lui ne s'éteindra qu'avec moi.

Mon ami M. le Docteur Mahon m'a facilité en plusieurs circonstances l'accès de la carrière obstétricale. Qu'il reçoive ici un cordial souvenir.

Merci à mon cousin le Docteur Moreau, qui m'a fait collaborer souvent à la pratique de son art et m'a permis d'admirer son diagnostic si sûr et sa belle technique opératoire.

Je ne voudrais pas terminer sans remercier Mesdames les maîtresses sages-femmes de la Maternité de Pellegrin. Pendant tout mon séjour, je n'ai eu qu'à me louer de leurs bons offices et de leur extrême déférence à mon égard.

LES ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC DE L'ÉCLAMPSIE

INTRODUCTION

De tout temps les cliniciens ont cherché, soit par l'examen des malades d'abord, à l'aide du laboratoire plus récemment, à étudier l'évolution des maladies, en un mot, à en fixer le pronostic. L'éclampsie, comme toutes les autres affections, n'a pas échappé à cette recherche. Au siècle dernier, on se basait sur la quantité d'albumine, l'anasarque, le nombre, la violence des accès et la température.

Plus tard, on nota le pouls, la température. Vaquez, à Paris; Pachon, Balard, à Bordeaux, fixèrent les relations de l'éclampsie avec la tension artérielle. L'urée sanguine fut ensuite étudiée par Widal et ses élèves. Dans le sang, le glucose, la cholestérine et, récemment, la calcémie furent recherchés et dosés. Audebert étudia la ponction lombaire. Les auteurs essayèrent, au moyen de chacun de ces éléments, de pronostiquer la guérison ou l'aggravation de l'éclampsie. Nous avons cherché, dans ce travail, à étudier cette maladie au point de vue clinique et laboratoire et nous avons essayé de faire jaillir un peu de lumière de ce syndrome éclamptique, dont la pathogénie nous reste encore inconnue malgré les nombreuses théories qui ont essayé de l'expliquer.

GENERALITES

L'éclampsie est un syndrome caractérisé par des accès convulsifs se déroulant en plusieurs périodes : phase d'invasion, phase de convulsions toniques, puis cloniques, et enfin période de coma plus ou moins prononcée.

Pouvons-nous nous renseigner sur l'évolution et la terminaison de cette affection, si décevante que Pinard a pu dire : « Nous ne savons pas pourquoi telle femme guérit et pourquoi telle autre meurt. »

Si l'on cherche à fixer les règles qui, dans chaque cas particulier, doivent faire varier le pronostic, on se heurte à de grandes difficultés, tenant sans doute à l'ignorance relative où nous sommes encore aujourd'hui des causes qui déterminent les symptômes observés et qui font varier leur gravité (1).

Ces difficultés expliquent comment, quelle que soit l'attention que l'on apporte à l'examen des malades, on est parfois étonné de voir des cas qui semblaient légers devenir subitement graves et se terminer par la mort, alors que, dans certains autres cas, des femmes qui semblaient irrémédiablement perdues se rétablissent complètement. Aussi Tarnier a-t-il pu dire que l'éclampsie est une maladie à surprises, tantôt en bien, tantôt en mal. Pouvons-nous, à l'aide de la clinique et du laboratoire, former les éléments du pronostic qui nous permettra d'affirmer la gravité des crises d'éclampsie et la façon dont elles vont évoluer vers la guérison ou la mort ?

(1) Tarnier et Budin, *Traité des accouchements*, t. III.

Nous allons examiner successivement ces différents éléments et les classer en deux chapitres :

- I. — Signes donnés par la clinique.
- II. — Signes donnés par le laboratoire.

Tel sera donc le plan de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE. — *Eléments de pronostic donnés par la clinique.*

- I. — Les antécédents pathologiques.
- II. — Age des maladies et parité.
- III. — Période de la puerpéralité.
- IV. — Age de la grossesse.
- V. — Nombre et caractère des crises.
- VI. — L'œdème.
- VII. — Le pouls.
- VIII. — La température.
- IX. — Le coma.
- X. — La tension artérielle.
- XI. — Les complications dans l'éclampsie.

DEUXIÈME PARTIE. — *Eléments de pronostic donnés par le laboratoire.*

- I. — Les urines.
- II. — Le sang.
- III. — Le liquide céphalorachidien

TROISIÈME PARTIE. — *Pronostic d'après le traitement médical et obstétrical.*

QUATRIÈME PARTIE. — *Pronostic éloigné pour la mère et l'enfant.*

CINQUIÈME PARTIE. — *Observations.*

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

PREMIERE PARTIE

ELEMENTS DE PRONOSTIC DONNES PAR LA CLINIQUE

I

Antécédents pathologiques.

Y a-t-il des maladies qui prédisposent à l'éclampsie et peuvent-elles avoir une influence sur la gravité des crises?

Voici l'opinion des différents auteurs.

Pour Brindeau: (1) On ne trouve que rarement des accidents rénaux (néphrites scarlatineuses, typhoïde.)

Pour Carboni et Ferrari: (2) L'éclampsie s'observerait avec une fréquence particulière chez les femmes qui ont présenté des maladies ou des états dyscrasiques susceptibles de déterminer un état de moindre résistance.

C'est ce qui se produirait dans le mal de Bright, où les lésions du rein antérieures à la gestation produiraient une fragilité particulière de cet organe.

Darrigade (3), dans sa thèse, a démontré, par l'étude de 4 cas d'éclampsisme et 9 cas d'éclampsie confirmée, la grande fréquence des accidents éclamptiques chez les brightiques; 13 femmes ayant eu 44 grossesses ont présenté 23 fois le syndrome.

Dicquinson, cité par Charpentier (4), est un de ceux qui ont vu dans le brightisme une prédisposition à l'éclampsie.

(1) Brindeau, *Pratique de l'art des accouchements*, t. II, article « Eclampsie convulsive ».

(2) Carboni et Ferrari, *Les éléments étiologiques de l'éclampsie puerpérale* (*A. D. Obstét. et Gynéc.*, janv. 1927).

(3) Darrigade, Thèse de Bordeaux, 1923.

(4) Charpentier, *Traité des accouchements*, t. I.

« Quand l'affection rénale, dit-il, marche avec la grossesse, il est rare qu'elle atteigne un haut degré à la première gestation. La femme peut cependant mourir dans une crise d'éclampsie, mais admettons qu'elle survive, elle jouira d'une santé parfaite jusqu'à la deuxième grossesse, qui ramènera les accidents. L'œdème sera alors plus considérable, la malade sera plus exposée à l'éclampsie, les accidents seront plus longs à disparaître après les couches, et ainsi, à chaque grossesse, les symptômes de l'affection rénale seront plus tenaces jusqu'à ce que l'albuminurie devienne continue entre les grossesses, et la malade sera alors exposée à toutes les complications que peut engendrer le rein granuleux. »

Dans le relevé de nos observations, nous trouvons dans les antécédents : 10 rougeoles, une de ces malades mourut; et 6 scarlatines, dont 2 morts.

Obs. III. — La malade avait présenté ces deux maladies en bas âge, ces deux affections ont fort bien pu léser le rein, ou tout au moins prédisposer à l'albuminurie gravidique.

Nous sommes donc de l'avis des classiques qui disent qu'on trouve rarement des accidents rénaux antérieurs.

Les affections cardiaques et pulmonaires assombrissent le pronostic : Bar ⁽³⁾ a observé une femme qui, au moment de la délivrance, fut prise d'un accès éclamptique et succomba, à la fin de la période clonique, de ce premier accès; à l'autopsie, outre les lésions habituelles du foie et du rein, on trouve des adhérences complètes et anciennes des deux plèvres. Il est vraisemblable que cette lésion n'a pas été étrangère à la mort subite de la malade.

Les auteurs s'accordent à dire que l'éclampsie récidivante est une rareté.

Les femmes, dit Charpentier, qui ont présenté de l'éclampsie à un premier accouchement en sont indemnes aux accouchements suivants, mais il n'en est pas toujours ainsi.

(3) Bar, *in* Tarnier et Budin, *Loc. cit.*

Lumpe cite un cas de récidence remarquable : une femme fut éclampsique à ses deux premiers accouchements. Elle fut indemne au troisième et au quatrième. Elle succomba au cinquième à une récidence.

Gauchon ⁽⁶⁾ et Marsaudon ⁽⁷⁾, dans leurs thèses, en relèvent : le premier, 7 cas sur 35; le second, 3 cas sur 30.

Dans l'observation IV, la malade qui avait eu des crises d'éclampsie à sa première grossesse, en eut à sa seconde, mais sortit guérie.

Dans l'observation XXXIII, la malade une IV-pare eut des crises d'éclampsie à sa première grossesse. Deux accouchements normaux et présente des crises à sa quatrième grossesse; elle partit guérie, mais présentait encore de l'albumine à sa sortie.

II

Age des malades et parité.

L'âge des malades est intéressant, dit Brindeau. Si l'on tient compte de la fréquence de l'âge seul, on voit que l'éclampsie s'observe principalement de 20 à 30 ans; mais si l'on prend des différents cas d'éclampsie en les classant d'après l'âge des femmes, on s'aperçoit que cette maladie est plus fréquente chez les primipares ayant dépassé 30 ans. Dans nos observations, nous trouvons 4 morts chez des femmes ayant plus de 30 ans et quatre morts chez des femmes ayant moins de 30 ans.

La parité joue-t-elle aussi un rôle important? Tous les auteurs ont remarqué depuis longtemps que l'éclampsie frappe principalement les primipares.

D'après certains auteurs, la mortalité semble être plus grande chez les multipares que chez les primipares.

Goldberg, en 1892, trouve une mortalité de 21 p. 100 chez les primipares et 45 p. 100 chez les multipares.

(6) Gauchon, thèse de Paris, 1913.

(7) Marsaudon, thèse de Bordeaux, 1914.

Lohleim, en 1891, donne 11 p. 100 pour les primipares et 29 p. 100 pour les multipares.

Sur 38 de nos observations, dans lesquelles l'âge est indiqué, nous trouvons 18 primipares, soit plus de la moitié, avec 5 morts, contre 20 multipares, avec 3 morts, ce qui correspond à 33,3 p. 100 de mortalité chez les primipares et à 15 p. 100 chez les multipares.

Cette statistique semblerait être en discordance avec les auteurs précédents, mais si nous examinons la statistique générale de la clinique d'accouchement de la Faculté de médecine et celle de la Maternité de Bordeaux, nous trouvons en onze ans (1920-1931) 72 cas d'éclampsie. Sur ce nombre, nous avons 3 malades dont la parité ne nous est pas connue; le reste c'est-à-dire 69, se divise en 38 primipares, avec une mortalité de 6, soit 13 p. 100, et 31 multipares, avec une mortalité de 9, soit 23,7 p. 100. Ces chiffres sont donc bien près de la statistique de Lohleim.

Il y aurait donc un facteur d'aggravation : c'est la parité; la gravité des crises serait plus grande chez les multipares que chez les primipares.

Certaines causes prédisposent à l'éclampsie : parmi celles-ci, on peut citer la surdistension utérine, la grossesse gémellaire. L'éclampsie y serait plus fréquente que chez les femmes dont la grossesse est simple. Le pronostic ne serait pas assombri et les crises ne semblent pas plus graves que dans l'éclampsie avec grossesse simple. Dans l'observation VII, la malade mourut, mais au choc dû à l'éclampsie vint s'ajouter le choc opératoire dû à la césarienne basse que subit cette parturiente.

Mon Maître le Professeur Andérodias⁽⁸⁾, en collaboration avec Basteau, a publié en 1923 un très beau cas de grossesse trigémellaire, avec enfants vivants et bien constitués, suivie

(8) Andérodias et Basteau, *Grossesse trigémellaire*, S.O.G. de Bordeaux, 1^{er} mai 1923.

deux jours après l'accouchement d'accidents éclamptiques qui cédèrent au traitement habituel : saignée et purgation.

L'accouchement gémellaire ou même l'accouchement triple ne semble pas entrer en ligne de compte pour l'aggravation du pronostic.

III

Période de la puerpéralité.

Le moment où apparaissent les accès ne semble pas être chose indifférente.

Mauriceau⁽⁹⁾ écrivait en 1697 : « La femme grosse qui est prise de convulsions est bien plus en danger de la vie que celle qui est accouchée à qui le même accident arrive. »

Mme Lachapelle⁽¹⁰⁾ écrivait en 1823 : « L'éclampsie qui précède l'accouchement est toujours plus dangereuse que celle qui le suit, et celle qui se montre avant le développement du travail est plus dangereuse que celle qui paraît pendant sa durée, et principalement vers sa fin. »

Il semblerait logique de supposer que l'échelle de gravité s'établirait ainsi, en allant du plus grave au moins grave :

Eclampsie de la grossesse;

Eclampsie du travail;

Eclampsie des suites de couches.

Pour Charpentier, la gravité reste la même quelle que soit la date d'apparition de la maladie.

Rambosthan, Tarnier, Buttner, pensent que l'éclampsie des suites de couches est la plus grave. Depaul, Pajot, Gauchon, Nicolleau soutiennent l'opinion contraire. Ce dernier ajoute : « Le pronostic est donc relativement favorable; s'il en est ainsi c'est que l'hémorragie de la délivrance équivaut à une abondante saignée. »

(9) Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses*, 1711.

(10) Mme Lachapelle, *Pratique des accouchements*, t. III, 1823.

Pour Brindeau ⁽¹¹⁾, l'éclampsie la moins grave est celle qui survient à la fin du travail, puis l'éclampsie des suites de couches, la plus sérieuse étant l'éclampsie de la grossesse.

C'est aussi l'opinion de Hauch ⁽¹²⁾, qui cite onze auteurs qui auraient observé comme lui une évolution plus favorable dans l'éclampsie du *post partum* que dans l'éclampsie puerpérale.

D'une façon générale, on peut dire que plus la terminaison de l'accouchement est proche, plus rapide est le travail, meilleur est le pronostic. Le pronostic doit être cependant réservé quand les accès, après avoir débuté pendant le travail, ne semblent pas influencés par la terminaison de l'accouchement et se continuent avec intensité après la délivrance.

Gaujoux ⁽¹³⁾ écrit : « L'éclampsie du *post partum* serait d'autant plus grave qu'elle survient tardivement dans les suites de couches. »

Fletcher Shaw signale comme mauvais signe de pronostic l'éclampsie du *post partum*.

Mon Maître, le Professeur Andérodias ⁽¹⁴⁾, a signalé en 1930 un cas d'éclampsie tardive du *post partum*, avec 3 crises au dix-neuvième jour et 4 crises le vingt-quatrième jour, dont l'issue fut heureuse.

L'étude de nos observations nous montre 20 éclampsies de la grossesse, avec 3 morts, soit 15 p. 100; 9 éclampsies du travail, avec 2 morts, soit 22 p. 100; 6 éclampsies du *post partum*, pas de mort, et 5 cas d'éclampsisme.

Ces statistiques seraient donc bien conformes à l'opinion classique qui veut que l'éclampsie de la grossesse soit la plus grave.

Les faits montrent qu'il est dangereux de se fier aux statis-

(11) Brindeau, *loc. cit.*

(12) Hauch, *Archives mensuelles G. et O.*, 1917.

(13) Gaujoux, *Eclampsie du post-partum et crise éclamptiforme (Revue française de gyn. et obst.*, nov. 1928).

(14) Andérodias, *Eclampsie tardive du post partum*, S. O. G. de Paris, nov. 1930.

liques pour établir un pronostic, qui ne peut et ne doit s'appuyer que sur l'examen clinique.

IV

Age de la grossesse.

A quel âge observe-t-on le plus souvent l'éclampsie ? De Soyre a donné le tableau suivant :

Grossesse de 5 à 6 mois,	3 cas;
Grossesse de 6 à 7 mois,	40 cas;
Grossesse de 7 à 8 mois,	17 cas;
Grossesse de 8 à 8 mois 1/2,	49 cas;
Grossesse à terme,	53 cas.

Les crises se produisent d'autant plus aisément que la femme est plus près du terme.

Quand les accès se produisent pendant la grossesse, Cazeaux admettait que le pronostic est d'autant plus sérieux que les accidents débutent à une époque plus éloignée du terme. Cette proposition s'accorde bien avec les observations. Le pronostic est d'autant plus sévère que la grossesse est moins avancée.

Les cas d'éclampsie précoce doivent être tenus pour suspects; cependant, on a vu des cas d'éclampsie au quatrième mois. Pery et Darrigade⁽¹⁵⁾ ont rapporté un cas d'éclampsie au quatrième mois. La malade était hypotendue et il y avait une dissociation cardio-vasculaire, indice d'un myocarde dégénéré. La malade mourut.

Dans l'observation I, la grossesse était de 5 mois. Il semblerait que plus la grossesse est près du début, plus les accidents sont d'un pronostic grave. Ainsi, dans les observations I et IV, la grossesse était de 5 mois et de 8 mois : les deux malades moururent.

(15) Pery et Darrigade, *Sur un cas d'éclampsie au quatrième mois de la grossesse*, S. O. G. de Bordeaux, in C. R. S. O. G., Paris, 1922.

V

Nombre et caractère des crises.

Cette question est importante, à envisager. Nous ne décrivons pas la crise d'éclampsie convulsive avec ses périodes d'invasion, de convulsions toniques et cloniques, mais nous rechercherons dans les symptômes cliniques des crises les éléments de pronostic. Si les attaques sont peu fréquentes, le pronostic est habituellement favorable; il devient d'autant plus sérieux que les accès sont plus rapprochés. Les statistiques de Charpentier donnent :

- de 1 à 10 accès, mortalité 25 p. 100;
- de 10 à 30 accès, mortalité 33 p. 100;
- de 30 à 50 accès, mortalité plus de 50 p. 100.

Mauriceau écrivait à ce sujet ⁽¹⁶⁾ : « J'ai vu quelques femmes accoucher d'elles-mêmes d'enfants vivants quoiqu'elles eussent eu auparavant 5 ou 6 accès de très fortes convulsions, mais, dans l'intervalle de ces accès, elles revenaient à connaissance.

» Mais quand la femme ne revient point à connaissance en suite de l'accès de la convulsion et qu'elle reste tout assoupie et qu'on voit qu'elle écume de la bouche en soufflant fortement, pour lors la mère et l'enfant périssent presque toujours s'ils ne sont très promptement secourus par l'accouchement. »

Mme Lachapelle ⁽¹⁷⁾ a écrit : « Plus les accès seront violents, nombreux et rapprochés, plus le pronostic sera fâcheux; indépendamment de ces considérations, l'état de la malade, durant les intermissions, est de la plus haute importance.

» J'ai vu des femmes éprouver jusqu'à huit ou dix accès fort longs et fort violents, mais un peu éloignés les uns des autres; la connaissance revenait en totalité dans ces inter-

(16) Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses*, 1711.

(17) Mme Lachapelle, *loc. cit.*

valles; d'après ce seul indice, j'osai porter le jugement le plus favorable et l'avènement confirma la justesse. »

Depaul disait : « Plus les accès sont nombreux, plus le coma est profond, plus le pronostic est grave, surtout si à la fréquence se joignent la violence de l'attaque et une durée relativement longue.

» Quand les accès se continuent avec les mêmes caractères après les saignées et après l'accouchement, il est rare que la malade survive.

» Si, au contraire, les accès sont peu intenses et de courte durée, s'ils sont assez espacés, si la saignée apporte quelque rémission ou une cessation complète des accidents convulsifs, si l'accouchement produit un semblable résultat, on pourra porter un pronostic moins fâcheux, en restant toutefois dans une prudente réserve au sujet de ce qui peut survenir ultérieurement. »

Geuer ⁽¹⁸⁾ note que sur 50 cas il en compte 12 terminés par la mort, dans lesquels le maximum des accès observés avait été de 50, le minimum de 4; sur les 38 qui avaient guéri, le maximum des accès avait été 17, le minimum de 1.

Au delà de 50 accès, le pronostic devient des plus défavorables, sans qu'on puisse le considérer comme étant toujours fatal.

Bailly et Pajot ont rapporté des cas dans lesquels il y avait eu plus de 100 accès, et les malades avaient cependant guéri. Dans de tels faits, cette heureuse issue doit être tenue comme exceptionnelle.

Un autre cas a été signalé par Fruhinholz ⁽¹⁹⁾ : c'était une multipare qui fit, au quatrième mois de sa sixième gestation, 183 crises d'éclampsie, sans albumine ni hypertension, avec 12 centigrammes d'urée sanguine, et qui guérit.

Holste ⁽²⁰⁾ signale un cas avec 264 crises qui se termina par la mort de la mère et de l'enfant.

(18) Geuer, *Ueber Eklampsia* (*Zentralblatt für Gynaek*, 1894).

(19) Fruhinholz, *Bulletin S. O. G.*, 1921.

(20) Holste, *Zentralblatt für Gynaek*, 11 nov. 1922.

On pourrait, semble-t-il, établir une échelle de gravité suivant le nombre des accès; mais en ne tenant compte que de ce facteur on risquerait de se tromper assez souvent.

Si nous consultons nos observations, nous voyons que les malades qui sont mortes se répartissent ainsi : 3 ont présenté moins de 10 crises, et 3 plus de 10 crises.

Observation I	6 crises
Observation III	6 crises
Observation VII	12 crises
Observation XVII	2 crises
Observation XXV	18 crises
Observation XXX	15 crises

Nous voyons que si l'on peut porter un pronostic sérieux quand les crises sont nombreuses, bien souvent un petit nombre de crises est tout aussi dangereux. Le rapprochement des accès et la prolongation des crises seraient un meilleur élément de pronostic..

A part l'observation XXV, dans laquelle nous trouvons des crises rapprochées, et même 6 crises subintrantes, les autres observations qui se sont terminées par la mort n'ont pas eu, au point de vue durée des crises présentées, de signes particuliers.

Les crises prolongées sont plus graves, les accès avortés plus bénins.

L'observation suivante de mon Maître le Professeur Andérodias ⁽²¹⁾ illustre bien ce que nous venons d'écrire.

Il s'agit d'une III-pare de 35 ans, sans antécédents pathologiques ni obstétricaux, qui, au cours du sixième mois de sa grossesse, présente : de l'œdème des malléoles et des membres inférieurs, de la bouffissure de la face. L'examen des urines ne montre pas d'albumine. Il n'y a ni céphalée ni troubles de la vue, mais, par contre, une constipation opiniâtre.

(21) Andérodias, *Crises convulsives frustes, ayant précédé de quelques jours des attaques d'éclampsie bien caractérisées* (Revue de gyn., obst., péd., 1910).

Pendant la nuit, une ou deux fois par semaine, la malade est prise, pendant son sommeil, d'une crise d'agitation assez vive s'accompagnant de ronflement et de difficulté de la respiration jusqu'à l'étouffement. A son réveil, la malade, étonnée, ne se souvient de rien; elle a la langue épaisse, douloureuse, avec, sur les bords, des traces de morsure. Pendant cinq semaines, ces crises surviennent tous les deux ou trois jours et ne s'accompagnent d'aucun autre trouble.

La malade fit ensuite, à l'occasion de son accouchement, une crise d'éclampsie très nette.

Ces crises nocturnes, qui semblent être des crises d'éclampsie convulsive à leur degré le plus léger, ne mirent pas la vie de la malade en danger, et malgré leur nombre, et malgré leur répétition.

Plus les accès sont prolongés, plus ils sont graves. Dans un accès, plus la période tonique est longue, plus profonde est son action nocive. Quand les accès sont larvés, le pronostic est meilleur.

La céphalée, tantôt légère, tantôt très vive, occupe toute la tête, avec une douleur plus vive au niveau de l'occiput ou dans la région frontale, avec sensation de constriction au niveau des tempes.

Les troubles digestifs seront des crampes d'estomac très douloureuses, s'accompagnant de pyrosis provoqué par l'hyperchlorhydrie (rétention chlorurée de Bar), des vomissements alimentaires bilieux qui peuvent revêtir l'allure de vomissements incoercibles, enfin une pesanteur au creux épigastrique (barre épigastrique de Chaussier).

Les accidents prémonitoires semblent, dans quelques cas, se localiser à l'appareil cardio-pulmonaire; la dyspnée peut être plus ou moins intense : c'est une dyspnée toxique *sine materia*.

Ces différents signes ne peuvent guère servir d'éléments pour le pronostic, car ils sont essentiellement variables, très minimes chez certaines malades, très accentués chez d'autres. Ils ne nous renseignent pas sur l'évolution que doit avoir la crise éclamptique.

VI

L'œdème.

Il s'observe sur toute l'étendue du corps, surtout aux extrémités, membres inférieurs, mains, face. Il se déplace avec l'attitude de la malade. La face est pâle et bouffie, les traits sont déformés par le gonflement, les mains sont boudinées. Les membres inférieurs ont la forme d'un cône à grosse extrémité supérieure; la face interne et les malléoles disparaissent sous l'enflure.

Pour Budin ⁽²²⁾, la présence d'un œdème considérable n'a pas grande valeur pronostique. On voit des femmes chez lesquelles l'anasarque est grande qui guérissent. Par contre, il y en a chez qui on voit l'œdème s'accroître rapidement pendant et après la période des accès; cette marche est généralement d'un fâcheux augure. Il cite une observation : femme présentant un peu d'œdème des malléoles au début des accidents; l'anasarque intense, compliquée d'ascite, se développe en moins de quarante-huit heures. La femme succomba, en dépit de tout traitement, malgré le petit nombre des accès.

Dans un travail présenté au Congrès de gynécologie et obstétrique de Liverpool, en 1922, Eden ⁽²³⁾ cite le manque d'œdème comme étant un signe de gravité s'il est associé à l'un des signes suivants : le coma marqué, pouls au-dessus de 120, température au-dessus de 39 degrés, nombre d'accès dépassant 10, grosse dose d'albumine et pression artérielle au-dessus de 20.

Lorsque deux de ces signes existent à la fois, le cas est considéré comme grave. Si aucun d'eux ne se manifeste au degré indiqué, le cas est bénin.

Je crois que cette assertion, exacte chez quelques malades, ne l'est pas pour beaucoup d'autres. Dans 14 observations,

(22) Budin, *loc. cit.*

(23) Eden, Congrès de gyn. et obst., Liverpool, 1922.

il y a deux signes ou plus qui indiqueraient la gravité. Toutes les malades ont guéri.

Au contraire, dans 6 observations, on aurait pu faire un pronostic bénin, et toutes les malades sont mortes.

Dans nos observations, la malade I, qui est morte, présentait de l'anasarque; la malade III présentait un facies bouffi et de l'œdème des membres inférieurs; la malade VII présentait un gros œdème des membres et de la paroi; mais, à côté de ces cas de mort, nous trouvons d'autres observations avec œdème important signalé dans lesquelles les malades guérirent.

Observation IV : Œdème généralisé, facies vultueux.

Observation VI : Malade très œdématiée, qui guérit parfaitement.

On peut dire que ce phénomène morbide ne peut pas avoir une signification bien évidente au point de vue de la gravité du pronostic.

Graca dit que les cas avec gros œdème n'ont pas un mauvais pronostic; au contraire, l'éclampsie sans œdème dénote toujours une attention en éveil; dans le premier cas, l'organisme a eu le temps de s'accommoder; dans le deuxième, les symptômes se sont si vite développés qu'il n'y a pas eu le temps pour l'accommodation.

Cela ne semble pas correspondre aux statistiques de Bailly, qui donnent :

36 p. 100 de mortalité sans œdème;

63 p. 100 de mortalité avec œdème.

VII

Le pouls.

Pendant l'accès, le pouls est petit, difficile à percevoir; en dehors des crises, il est plein, tendu, parfois il est fréquent et irrégulier.

Quand il devient, dans l'intervalle des accès, fréquent, petit, et surtout irrégulier, le pronostic devient sévère.

Pendant et surtout après les accès convulsifs, le pouls est précipité, et pendant quelques instants, il bat au-dessus de 100, atteint 120 et même 140. Ce n'est guère que douze heures après la crise qu'il tend à reprendre sa fréquence normale.

Chaque fois que le pouls, d'une façon permanente, bat plus de 100 fois par minute, la femme est en danger et le pronostic s'assombrit.

La question importante est l'ascension continuelle du pouls malgré les saignées.

Nous étudierons les relations du pouls et de la température au paragraphe suivant.

A ce point de vue, nous voyons dans les différentes observations :

Observation VI : A l'entrée, état grave, tension artérielle élevée, pouls à 130. Après la saignée, le pouls descend à 112. Après un fléchissement cardiaque qui fit craindre pendant une demi-heure une issue fatale, le pouls reprend et bat à 92. La malade, toujours dans le coma, a un pouls à 90 et sortira de son coma pour guérir.

Observation IX : Peu de crises; coma de six heures; le pouls est à 88; la malade guérit.

Observation XVII : Le premier jour, le pouls est à 100. Le lendemain, il est à 130 sans ascension thermique (36°5). Le soir, 140. Mort de la malade.

Retenons au passage cette importance du pouls : le pouls grimpant est d'un très mauvais pronostic.

VIII

La température.

Les attaques d'éclampsie s'accompagnent d'une élévation thermique.

On devra prendre souvent la température, toutes les heures dit Budin (24).

(24) Budin, *loc. cit.*

On peut distinguer deux formes :

Tantôt la température s'élève d'une façon continue, jusqu'à la mort de la malade; tantôt, après s'être élevée plus ou moins haut, la température reste stationnaire, puis s'abaisse.

Lorsqu'il y a ascension de température jusqu'à la mort, on note habituellement que les accès se succèdent; le nombre et l'intensité des accès n'ont pas sur la température l'importance que certains ont voulu lui attribuer.

En effet, parfois la température continue à s'élever sans convulsion, d'autres fois, bien qu'il y ait des accès nombreux, la température reste stationnaire pendant un temps assez long et s'élève de nouveau ensuite.

Le thermomètre peut marquer 39, 40, 41 degrés.

Dans quelques cas cependant, on note, sous l'influence d'un traitement approprié, un arrêt ou une descente dans la température. Mais après cet arrêt momentané, la température s'élève de nouveau, et la femme succombe.

Dans d'autres cas, la marche de la température est différente. Après avoir atteint 38, 39, 40 et 41 degrés et même plus, la colonne thermométrique s'arrête, puis descend et revient progressivement à la normale. En général, dès que la température commence à baisser, les accès cessent ou deviennent de plus en plus faibles. La malade guérit. Cependant, parfois, après cette descente à 37 degrés, la température reste souvent stationnaire, et après un certain nombre d'heures, elle s'élève de nouveau, peut monter très haut, la malade succombe. La température peut même monter après la mort jusqu'à 41, 42 degrés.

Voici ce que disent différents auteurs au sujet de la température et du pronostic qui découle d'une température élevée :

Bourneville⁽²⁵⁾, en 1872, écrivait : « Dans l'état de mal éclamptique, la température s'élève depuis le début à la fin. »

Dans l'intervalle des accès, et le coma persistant, la tem-

(25) Bourneville, *Gazette des hôpitaux*, 1872.

pérature se maintient à un chiffre élevé et, au moment des convulsions, on enregistre une légère ascension de la colonne mercurielle.

Si les accès disparaissent, si le coma diminue d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement. Si, au contraire, l'état de mal doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très élevé.

Budin (26) écrit : « Lors donc que la température cesse de s'élever, ne pourrait-on pas supposer un pronostic favorable, pronostic confirmé par la suspension des accès et la descente progressive de la colonne mercurielle? ».

La température continuant, au contraire, à s'accroître, ne pourrait-on juger du moment où il serait opportun d'intervenir?

Budin cite, à l'appui de cela, une observation où malgré 5 accès survenus en trois heures, la température ne dépassant pas 37°9, il n'intervint pas. La malade guérit.

L'étude de la température venant s'ajouter à celle du pouls et des autres symptômes, ne pourrait-on juger du pronostic et du moment où l'intervention devient nécessaire?

Plus loin, il ajoute : on doit tenir grand compte de la marche de la température. Quand celle-ci s'élève peu, le pronostic est plutôt favorable; plus elle monte, plus le pronostic devient grave. Il doit surtout être réservé quand le thermomètre atteint 40-41 degrés.

Dieudé (27), dans sa thèse sur la température dans l'éclampsie puerpérale, donne les conclusions suivantes : « Dans l'état de mal éclamptique, la température s'élève depuis le début des attaques jusqu'à la fin. »

Dans l'intervalle des accès, la température se maintient à un chiffre élevé, et au moment des convulsions, on enregistre une légère ascension de la colonne mercurielle. Enfin,

(26) Budin, *Gazette des hôpitaux*, 1872.

(27) Dieudé, Thèse de Paris, 1873.

si l'état de mal doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très élevé. Si, au contraire, les accès disparaissent et si le coma diminue ou cesse d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement et revient au chiffre normal. Il peut aussi arriver que la température commence à baisser avant la cessation des accès.

Ce qui semble s'en dégager, c'est que plus on avancera dans la question, plus on diminuera la valeur pronostique accordée à l'accès. Le degré de gravité de la maladie sera regardé comme subordonné non au nombre ou à la gravité des attaques éclamptiques, mais à l'élévation plus ou moins grande de la température.

Porter un pronostic favorable toutes les fois que la température, après avoir suivi une marche caractéristique, s'abaisse progressivement.

William Fletcher Shaw ⁽²⁸⁾ cite la température de 400° F., c'est-à-dire 38° C., « étant persuadé, dit-il, que lorsque deux symptômes : petite quantité d'albumine et température élevée, apparaissent séparément, le pronostic est mauvais; mais s'ils apparaissent tous deux, le pronostic est pire. »

La statistique porte sur 46 cas :

12 malades avaient ces deux symptômes réunis; 7 n'avaient ni l'un ni l'autre.

12 cas avec plus de 10 grammes par litre d'albumine; température au-dessus de 38 degrés. 12 morts : 100 p. 100 de mortalité.

7 cas avec moins de 10 grammes et température au-dessus de 38 degrés : 0 mort : 100 p. 100 de guérison.

Mon Maître le Professeur Andérodias ⁽²⁹⁾ a signalé un cas d'éclampsie chez une femme atteinte d'ichtyose généralisée; la malade mourut après 23 accès et au bout de quarante heures. La température était montée à 41°7.

(28) William Fletcher Shaw, *Three bad prognostic signs in eclampsia* (Brit. Med. Journal, oct. 1910).

(29) Andérodias, *Eclampsie chez une femme atteinte d'ichtyose généralisée*, S. O. Paris, nov. 1900.

Enfin, un dernier point important est la question de la température dans ses relations avec le pouls. Les classiques admettent que l'élévation de température accompagnée de l'accélération du pouls est un facteur de gravité. Nous nous rallions tout à fait à cette façon de penser. Dans les cas d'éclampsie qui se sont terminés par une issue fatale, nous avons remarqué ce phénomène.

Observation I : A l'entrée : pouls, 110; temp., 38°8. Le soir : pouls, 130; temp., 39°5; pouls, 140; temp., 40°. Mort sans sortir du coma.

Observation III : En trois jours, la température monte de 37°5 à 40°4; le pouls monte de 85 à 120. Mort.

Observation XXIX : Premier jour : temp., 37°9; pouls à 140. Deuxième jour : temp., 40 degrés; pouls à 125. Au moment de la mort, pouls à 130; temp., 41 degrés.

Dans l'observation IV, la malade entre après 3 crises d'éclampsie chez elle.

A la Maternité, elle présente 2 crises graves : Premier jour : pouls à 95; temp., 37°1. Le lendemain, pouls à 90, temp., 36°3. La malade guérit de son éclampsie sans autre crise.

Observation VI : Malade ayant eu 8 crises chez elle. A son arrivée, 4 crises. Pouls à 130; temp., 37°2. Après la saignée, pouls à 112; temp., 37°8. A 10 heures, après une défaillance cardiaque passagère, pouls à 92; temp., 37°4. Soirée, pouls à 90; temp., 37°3.

Cette observation nous semble intéressante. Dès le début : état de mal, pouls élevé, température non élevée; peu à peu, le pouls diminue de fréquence pour arriver à battre à 90; la température ne monte pas.

Nous pensons que le pouls et la température sont des éléments à ne pas méconnaître dans le pronostic et constituent des signes qui sont d'une grande utilité; pouls et température montent; pronostic fâcheux; au contraire, température ne montant pas, pouls diminuant de fréquence, heureux pronostic.

IX

Le coma.

La question du coma a une grosse importance :

« Quand le coma est profond et durable, on doit réserver son avis », dit Brindeau.

« Le coma, dit Nicoleau ⁽³⁰⁾, est un des symptômes des plus graves. Quand il existe, il y a 60 p. 100 de mortalité. »

Il y a lieu de réputer de mauvais augure l'existence d'un coma profond que coupent des accès de délire aigu.

Par l'étude de nos observations, nous voyons que, dans tous les cas où les crises se sont terminées par la mort, le coma était particulièrement profond.

Observation I. — La malade entre à l'hôpital dans le coma, et ce dernier, qui dure vingt heures environ, se termine fatalement.

Observation III. — Coma de seize heures durant jusqu'à la mort.

Observation XVII. — Malade entrant à la Maternité dans le coma et mourant trente-six heures après, ayant présenté une hémiplegie terminale.

Observation XXV. — Coma très profond durant trente-six heures, entrecoupé jusqu'à la fin de crises convulsives subintrantes et particulièrement violentes.

Observation XXX. — La malade entre dans le service dans le coma le plus complet et était déjà dans le coma chez elle depuis un temps indéterminé. Mort.

Nous sommes de l'avis de Brindeau : un coma profond et durable est d'un fâcheux pronostic.

(30) Nicoleau, thèse de Paris, 1926.

X

Tension artérielle.

La pression n'est chez aucun individu une valeur isodynamique, c'est-à-dire toujours semblable à elle-même (31). Elle représente, au contraire, une valeur constamment variable, dont les limites d'oscillations se font entre un minimum et un maximum qui sont caractéristiques pour chaque individu dans les mêmes conditions d'observations.

On évaluera les valeurs minimum et maximum entre lesquelles évolue régulièrement la pression artérielle.

La pression maxima représente un court moment de la pression artérielle : elle est extrêmement variable chez le même individu à l'état physiologique.

La pression minima (32) représente la charge réelle et permanente des artères. C'est la charge constante artérielle à laquelle se surajoute la surcharge intermittente produite par la systole ventriculaire, dont la maxima n'est que le sommet.

La pression minima constitue l'étalon qui doit servir de base rationnelle à la fixation des états d'hypo et d'hypertensions artérielles.

La pression Mn représente des valeurs oscillant autour de 6. En deçà ou au delà commence le champ de l'hypo ou de l'hypertension minima.

Pour Mx, le champ de variations physiologiques est plus étendu. Les valeurs normales de Mx peuvent osciller entre 13 et 17.

La connaissance de la pression moyenne dynamique, c'est-à-dire, au sens exact physique, de la pression efficace artérielle, dont la mesure a été fixée par Pachon en 1921 (33),

(31) Pachon, *La mesure de la P. A. par la méthode des oscillations* (Paris médical, 1^{er} juill. 1914).

(32) Pachon, *Une orientation nouvelle de la sphymomanométrie. La pression minima étalon sphymomanométrique* (Presse médicale, 22 mars 1912).

(33) Pachon et Fabre, *Lois fixant les relations de la P. E. avec l'état de*

prend une importance toute particulière. Des travaux récents de Vaquez, Gley, Gomez, et, au point de vue de l'éclampsie, de Lévy-Solal, Kisthinios et Lepage ⁽³⁴⁾, viennent de remettre cette question à l'ordre du jour. Cette pression efficace, P. E., représente, selon l'expression de Pachon, la pression que devrait avoir un régime constant artériel pour assurer, dans le même temps, un même écoulement de sang que le régime variable dont elle est l'équivalent.

Pour P. E., le champ d'oscillations se trouve autour de 10 centimètres de Hg.

Nous allons voir comment l'étude systématique des valeurs de la tension artérielle au cours des manifestations éclamptiques donne un élément de pronostic pour prévoir l'imminence des accès, l'évolution et la terminaison de cette affection.

C'est du reste le premier chapitre de l'obstétrique dans lequel les cliniciens abordèrent l'étude de la tension artérielle et reconnurent l'importance de sa prise en considération.

L'hypertension artérielle dans le mal de Bright et l'éclampsie est connue depuis longtemps.

Charpentier parlait déjà de la « forte tension artérielle », qui dépend de causes qui constituent des prédispositions à l'albuminurie et à l'éclampsie.

Ballantyne ⁽³⁵⁾, Vinay ⁽³⁶⁾, Baranger ⁽³⁷⁾, Saratof, Keirel et Raynaud, dans diverses publications, en avaient parlé. Cependant, certains auteurs : Bar, Chirié ⁽³⁸⁾, Couvelaire, Lévy-Solal, Pery et Darrigade ⁽³⁹⁾, ont publié des observations d'éclamptiques non hypertendues.

suffisance ou d'insuffisance circulatoire (*Journal de médecine de Bordeaux*, 30 mai 1931).

(34) Lévy Solal, Kisthinios et Lepage, *P. M. et éclampsie* (*Bull. Acad. méd.*, avril 1931).

(35) Ballantyne, *Tracé sphygmomanométrique dans l'éclampsie puerpérale* (*Edimbourg Medical Journal*, mai 1883).

(36) Vinay, *Maladies de la grossesse*, 1894.

(37) Baranger, thèse de Paris, 1898.

(38) Chirié, thèse de Paris, 1907.

(39) Pery et Darrigade, *loc. cit.*

Vaquez⁽⁴⁰⁾, soit seul, soit avec Nobécourt⁽⁴¹⁾, signala combien la mesure de la pression artérielle peut être utile chez les femmes enceintes pour faire prévoir les crises d'éclampsie, au cours desquelles la tension est très élevée. La persistance de l'hypertension au cours de l'éclampsie doit faire craindre le retour de nouveaux accès. La guérison certaine ne peut être assurée que si la pression artérielle est redevenue normale.

Chirié déclare : « Il faut tenir compte de l'hypertension primitive en rapport avec un état rénal antérieur (8 à 15 jours), état rénal qui peut exister dans l'albuminurie. Au moment de la période des crises, se greffe une hypertension secondaire intermittente en rapport avec les crises convulsives elles-mêmes. »

Bruslon⁽⁴²⁾, dans sa thèse, tint compte surtout de la Mx. Il constata que l'hypertension artérielle est un phénomène constant dans l'albuminurie gravidique.

En 1912, Pachon, le premier, assigna à la pression minima le rôle d'étalon dans la mesure de la pression artérielle.

Pouget⁽⁴³⁾, dans sa thèse, déclare : « Au cours du syndrome-clinique de l'albuminurie gravidique, on retrouve un facteur constant : l'hypertension artérielle. Toute éclampsie confirmée s'accompagne, en général, d'hypertension artérielle notable... »

Quand l'hypertension s'élève au-dessus de 18, des accidents graves sont à craindre. Dans tous les cas graves, l'hypertension est un phénomène constant.

Toute poussée hypertensive ne s'accompagnant pas d'autres phénomènes morbides devra faire prévoir un travail prochain. La tension artérielle revient à la normale dans les suites de couches.

Si, au contraire, après l'accouchement, la pression arté-

(40) Vaquez, *Hypertension artérielle dans l'éclampsie puerpérale* (L'Obstétrique, avril 1906).

(41) Vaquez et Nobécourt, Société médicale des hôpitaux, janvier 1897.

(42) Bruslon, thèse de Paris, 1902.

(43) Pouget, thèse d'Alger, 1914.

rielle s'est montrée un peu élevée, elle peut conduire à des accidents convulsifs *post partum* toujours des plus graves.

Pas de guérison si l'hypertension persiste.

Les éclampiques se classent en deux catégories : les unes présentent les signes d'une néphrite hydropigène hypertensive avec œdèmes considérables, et grande quantité d'albumine. Les autres ne présentent pas d'œdème, des traces d'albumine dans les urines, mais un chiffre d'urée sanguine supérieur à la normale. Ces malades font de l'éclampsie sèche.

Dans l'éclampsie, l'hypertension précède parfois l'albuminurie; elle apparaît avant les accès convulsifs qu'elle annonce, constituant « l'hypertension primitive » de Chirié, et que Le Lorier⁽⁴⁴⁾ appelle « Les petites hypertensions d'alarme de la toxémie gravidique ». Pour cet auteur, la zone d'alarme commence à 13 et finit à 15.

L'hypertension est maximum pendant les crises avec hausse considérable de la Mx et Mn, « hypertension secondaire intermittente » (Chirié), mais peut redevenir normale dans l'intervalle.

L'élévation régulière et progressive ou brusque de la tension artérielle est généralement un indice significatif du début ou du retour des accidents convulsifs.

Les suites de couches s'accompagnent d'un abaissement progressif et rapide de la courbe de la pression artérielle, si bien qu'en trois à cinq jours, elle atteint une valeur normale ou elle se maintient dans les cas favorables.

Mon Maître Balard⁽⁴⁵⁾ a montré comment la connaissance de diverses valeurs oscillométriques au cours de l'albuminurie et de l'éclampsie constitue un pronostic important.

Toute intoxication de la fin de la grossesse entraîne avec elle une forte élévation de Mx et Mn, dont les valeurs, généralement parallèles, peuvent atteindre 30 et 47.

(44) Le Lorier, *Les petites hypertensions d'alarme dans la toxémie gravidique convulsivante* (Presse médicale, janv. 1923).

(45) Balard, *Mémoire pour le prix J. Dubreuil*.

Parallèlement, il se produit une augmentation de la pression variable et de l'indice oscillométrique.

Chez les éclamptiques, en dehors de la période du travail, la pression variable n'est, en général, que de 5 centimètres de Hg et, parfois seulement, de 4 et de 3 centimètres de Hg, chiffres que l'on a coutume d'observer en rapport avec une Mn normale et qui devraient être plus forts avec une Mn aussi élevée. L'auteur cite deux observations des malades éclamptiques précédées d'un état rénal antérieur :

La première malade a vu en vingt jours sa tension Mx tomber de 20 à 15 et la Mn tomber de 46 à 9.

La deuxième malade a vu en vingt-cinq jours sa tension Mx tomber de 20 à 16 et la Mn tomber de 15 à 10.

Au cours du travail chez les éclamptiques, il se produit par à-coups, au moment des crises, une hausse considérable de la Mx. (Obs. VI : Mx, 49; obs. VIII : Mx, 25, et obs. XVII : Mx, 30.)

Ce sont de véritables coups de bélier, qui peuvent avoir de funestes retentissements, en particulier sur le cerveau, en déterminant des hémorragies.

Cette élévation de la Mx, qu'on est obligé de combattre à cause de ses dangers immédiats, constitue un indice de la lutte du myocarde, qui cherche à s'adapter et lutte contre l'élévation croissante de la pression diastolique.

Au contraire, il est possible de prévoir l'issue fatale de l'éclampsie en constatant une valeur relativement très faible de la pression variable ou en voyant s'abaisser progressivement le chiffre de la Mx, la Mn restant sensiblement invariable.

Observation III : T.A. : Mx, 25; Mn, 45. La Mx tombe à 21, la Mn reste sensiblement la même : 43.

Observation VII : T.A. : Mx, 24; Mn, 42. La Mx tombe à 17, la Mn à 41.

Chez les albuminuriques et les éclamptiques ayant des chiffres de tension artérielle élevés, il se produit, après les suites de couches, un abaissement notable et progressif de la Mx et Mn; les diverses observations le démontrent.

Cette courbe s'oppose à la courbe croissante de l'élimination des urines que nous étudierons plus loin.

La brusque rapidité avec laquelle baisse la tension dans les cas d'intoxication de date récente :

Observation II : T. A. en dix jours : de Mx, 49; Mn, 42; tombe : Mx, 41; Mn, 8.

Observation VIII : T. A. en dix jours : de Mx, 25; Mn, 45; tombe : Mx, 45; Mn, 40 (chiffres constatés à sa sortie), s'oppose à la lenteur progressive du retour à l'état normal de la pression artérielle dans les cas d'intoxication ancienne.

Observation XIII : *Eclampsie*. — A l'entrée, T.A. : Mx, 48; Mn, 42,5; après accouchement d'un enfant qui vécut un jour, et malgré le régime lacté absolu, la malade part avec une tension de Mx 46, Mn 41, conservant de l'albumine dans ses urines. C'est là un élément qui doit être pris en sérieuse considération pour établir le pronostic éloigné de ces accidents. Ces malades font du brightisme, le rein et le cœur fléchissent tour à tour.

Durant les suites de couches, la marche décroissante de la T.A. peut être interrompue par un brusque crochet qui se manifeste à l'occasion de la montée laiteuse. Après avoir étudié la Mx et la Mn, étudions la pression moyenne dynamique, ou pression efficace.

Lévy-Solal, Kisthinios et Lepage⁽⁴⁶⁾ ont étudié dernièrement cette question dans ses rapports avec l'éclampsie. Voici leurs conclusions à l'appui de deux observations :

L'augmentation de la P.E. est considérable avant et pendant la crise d'éclampsie, même dans les cas où les pressions extrêmes restent voisines de la normale.

L'augmentation de la P.E. peut être considérée comme signe précurseur d'éclampsie même dans les cas où l'on ne constate pas d'albumine dans les urines.

L'albumine persistant après la crise d'éclampsie semble

(46) Lévy-Solal, Kisthinios et Lepage, *loc. cit.*

avoir une marche parallèle à celle de la légère hypertension moyenne qui, parfois, persiste après la crise.

Couvelaire⁽⁴⁷⁾ insiste sur la nécessité de l'examen de la P.E. et en fait un élément de pronostic.

Chute de la P. E., bon pronostic. Augmentation de la P. E., sans changement de Mx et Mn, mauvais pronostic.

Il cite deux observations à l'appui :

Première observation. — T. A. : Mx, 19; Mn, 9; P. E., 15, qui ne baisse pas après la saignée; 4 crises après l'accouchement. P. E. diminue : 13-12-10; après cette dernière, disparition des crises.

Deuxième observation. — Femme au septième mois, amenée en état d'éclampsie convulsive, 3 crises à domicile, 4 à l'entrée, coma profond, femme morte trois heures après sans être sortie du coma. Mx et Mn non modifiées. P.E. est montée : 12-13-14-15.

Cette observation se superpose à notre observation première, où nous voyons successivement la P.E. monter de 12 à 14 et à 15.

L'étude des valeurs de la tension artérielle constitue un élément de pronostic pour prévoir à peu près sûrement l'imminence des accès. C'est encore un des éléments les plus sûrs pour nous renseigner sur l'évolution de la terminaison de cette affection.

Lorsque l'évolution de la maladie est favorable, la tension reste élevée pendant quelques jours, puis baisse progressivement et au bout de cinq à six jours a repris sa valeur normale.

L'élévation de la Mn (observation première), la valeur peu importante de la pression variable, devront nous faire craindre l'issue redoutable, surtout si, malgré la thérapeutique employée, la Mn ne baisse pas.

La connaissance de la P.E. sera d'un précieux secours pour établir le pronostic dans les cas d'accès subintrants.

Les hémorragies de la délivrance seront chez les éclampiques d'un heureux pronostic pour la courbe évolutive de la

(47) Couvelaire, *Bull. Acad. médéc.*, avril 1931.

tension artérielle, réalisant une véritable saignée de décharge.

Aussi doit-on surveiller les éclamptiques, avant, pendant et après l'accouchement, l'oscillomètre à la main.

XI

Les complications dans l'éclampsie.

Nous étudierons dans ce chapitre un certain nombre de faits cliniques que nous ne trouvons pas dans tous les cas d'éclampsie confirmée, mais qui, lorsqu'ils se présentent, peuvent faire changer le pronostic.

HÉMORRAGIES. — Ce sont des accidents fréquents d'hypertension. On peut les voir dans tous les organes.

LES ÉPISTAXIS. — Les épistaxis semblent plus fréquentes chez les brightiques. Darrigade⁽⁴⁸⁾ en signale plusieurs cas dans sa thèse. Ces hémorragies, véritables cloches d'alarme qui sonnent le « garde à vous », sont de vraies soupapes de sûreté qui font une saignée automatique (Dieulafoy).

Mais il faut aussi voir en elles un indice fâcheux qui doit mettre en garde contre les hémorragies viscérales, dont l'importance est tout autre.

Leur abondance et leur répétition peuvent anémier les malades.

LES HÉMORRAGIES UTÉRINES. — Elles traduisent un décollement partiel du placenta ou un véritable hématome rétro-placentaire (obs. XL). Les conséquences en sont, en général, des plus graves (mort de l'enfant et souvent mort de la mère). Cependant, certaines séries peuvent être plus heureuses. Balard et Mahon⁽⁴⁹⁾ ont publié une série de 32 cas sans aucune mortalité.

LES HÉMORRAGIES CÉRÉBRO-MÉNINGÉES. — C'est une menace constante pour les hypertendues.

(48) Darrigade, *loc. cit.*

(49) Balard et Mahon, Soc. franç. gyn. obst., mai 1929.

La ponction lombaire peut-elle servir d'élément pour établir un pronostic ?

Le liquide céphalo-rachidien n'est pas sanglant chez les éclamptiques. Quand il contient du sang, on peut affirmer qu'une hémorragie, avec issue de sang dans la cavité méningée, existe. On doit porter un pronostic sombre, presque toujours fatal.

Différents auteurs ont insisté sur la grande valeur diagnostique de la ponction lombaire, entre autres Bar⁽⁵⁰⁾, Voron et Valendu⁽⁵¹⁾, Galy, Gasparo et Labro⁽⁵²⁾.

Ces hémorragies sont caractérisées par un coma profond suivi d'hémiplégie. Les cas cités furent mortels.

ICTÈRE. — Il n'est pas très rare d'observer chez les éclamptiques l'apparition d'un ictère qui peut être très léger, mais qui, parfois, s'accroît très vite. Il s'accompagne quelquefois de vomissements noirâtres ou même de véritables hématomèses (cas de Rivière, 1888)⁽⁵³⁾. La peau est jaune verdâtre. La région hépatique est douloureuse; les urines sont rares, hautes en couleur, contiennent pigments et sels biliaires.

Cet ictère est d'une haute gravité. Guionet, dans sa thèse, en signale un cas avec mort. La saignée n'a pas l'air d'agir dans ces cas.

Les cas d'ictère sont moins nombreux aujourd'hui qu'autrefois : la suppression du chloroforme n'y est probablement pas indifférente.

TROUBLES OCULAIRES. — Schiotz⁽⁵⁴⁾ a trouvé des troubles de la vue dans 33 p. 100 des cas d'éclampsie, soit 27 cas de rétinite, 1 cas d'hémorragie rétinienne, 3 cas de décollement

(50) Bar, *Liquide céphalo-rachidien sanglant et hémorragie méningée dans l'éclampsie* (S. O. Paris, 1904).

(51) Voron et Valendu, *Eclampsie suivie de mort par hémorragie cérébrale intraventriculaire* (S. O. Lyon, in B. S. O. G., Paris, 1922).

(52) Galy, Gasparo et Labro, *Mort par hémorragie méningée chez un éclamptique* (S. O. Toulouse, in Bull. S. O. G., Paris, 1922).

(53) Rivière (Maurice), *Pathogénie et traitement de l'éclampsie*, 1888.

(54) Schiotz, *Klin. Monatsbl. f. Augenbut*, 1921.

de la rétine, 2 cas d'œdème de la rétine, 3 cas de décollement de la rétine sans rétinite, 2 cas d'œdème de la rétine, 3 cas de chromatopsie, 14 cas d'amaurose.

Pour Brindeau⁽⁵⁵⁾, le pronostic des troubles oculaires chez les éclampsiques est, en général, favorable; ces troubles s'améliorent rapidement.

Il n'est pas démontré que les cas d'éclampsie compliqués de troubles oculaires soient plus graves que les autres.

L'amaurose gravidique doit être considérée comme un véritable équivalent éclampsique. Sa durée varie de quelques heures, dans les cas bénins, à quelques jours. Son pronostic est essentiellement lié à celui de l'éclampsie (Blum et Barbaro).

Dans l'éclampsie ordinaire, les troubles oculaires ne sont pas très fréquents; ils sont plus fréquents chez les brightiques⁽⁵⁶⁾. Ils aggravent le pronostic du brightisme.

Couvelaire⁽⁵⁷⁾, rapportant un cas de rétinite chez une femme non albuminurique hypertendue, ajoute qu'il faut craindre les récidives et ne pas permettre de grossesse nouvelle avant la guérison.

Vignes⁽⁵⁸⁾, parlant du pronostic éloigné, est moins affirmatif que Brindeau. Le pronostic éloigné est défavorable dans les cas qui s'accompagnent de troubles oculaires avec altération du fond d'œil.

Si les manifestations oculaires se dissipent, on ne voit pas moins persister d'autres symptômes, tels que hypertension et troubles fonctionnels légers des reins.

Dans l'observation XXI, on a une perte de la vue du côté gauche; la malade guérit, mais reste brightique et mourra à sa cinquième grossesse.

Dans l'observation XXXIII, la malade, hypertendue, présente de l'amaurose. Elle guérira, mais reste brightique.

(55) Brindeau, *loc. cit.*

(56) Darrigade, *loc. cit.*

(57) Couvelaire, *Rev. franç. de gyn. et obst.*, mai 1921.

(58) Vignes, *Recherches sur l'avenir des femmes atteintes d'éclampsie et d'albuminurie gravidique (Journal des praticiens, 14 mars 1931).*

DÉFAILLANCE CARDIAQUE ET COMPLICATIONS PULMONAIRES. —

Dans l'éclampsie, les bruits du cœur sont sonores, bruyants; on entend souvent un bruit de galop; le cœur lutte énergiquement, d'où élévation de la *Mx*, mais il y aura un moment où le barrage rénal est plus fort que le cœur, d'où l'arythmie et l'œdème aigu du poumon qui peuvent se produire.

Ces complications, d'une très haute gravité, sont encore plus graves chez les brightiques.

Il peut y avoir aussi des broncho-pneumonies tardives.

NÉVRITES. — Cette complication est rare. La forme polynévritique est le plus souvent observée. Le pronostic est relativement bénin, la guérison est fréquente; les troubles sensitifs disparaissent les premiers, les troubles moteurs s'améliorent progressivement.

Dans certains cas, la polynévrite gravidique s'accompagne de troubles psychiques réalisant le syndrome de Korsakoff. La polynévrite ne reste pas toujours localisée aux membres : elle peut atteindre le phrénique, le facial, le pneumogastrique, les nerfs laryngés⁽³⁹⁾. Le pronostic en est encore aggravé.

PSYCHOSES. — C'est une complication de l'éclampsie estimée par les auteurs à 6 p. 100. Le délire se produit généralement après le coma. La folie postéclamptique la plus commune est du type confusion mentale avec délire, agitation, souvent accompagnée d'impulsions motrices avec tendance au suicide ou au meurtre; on a signalé des cas d'infanticide.

L'évolution de ces accidents est généralement rapide. Ils guérissent en quelques jours. Ce pronostic peut être modifié par les antécédents héréditaires ou personnels⁽⁶⁰⁾.

Dans l'observation XVI, la malade présenta de la confusion mentale, qui se dissipa rapidement, et elle partit guérie.

Dans l'observation XXXII, l'accouchement, précédé de 7 crises d'éclampsie, a lieu le 21 juillet. Le 24 juillet, la

(39) Brindeau, *loc. cit.*

(60) Brindeau, *loc. cit.*

malade présente des signes de folie puerpérale et croit qu'on lui supprime son enfant. Guérison deux jours après.

INFECTIONS PUERPÉRALES. — L'éclampsie prédispose à l'infection puerpérale. Est-il possible de formuler un pronostic sur un cas donné ?

Les infections qui ne s'accompagnent pas de signes locaux nets sont les plus graves.

Toute infection à localisation bien définie est d'un pronostic meilleur.

Observation III : I-pare ayant eu 6 crises éclamptiques. La température monte en trois jours de 37 à 40 degrés; pas de crise urinaire, aucune localisation infectieuse définie. Meurt au bout de quatre jours.

Au contraire, dans l'observation IV, II-pare ayant eu 6 crises d'éclampsie après l'accouchement. Le treizième jour, la malade fait une phlegmatia cærulea de la jambe gauche, puis de la droite, et part, guérie, quarante jours après.

DEUXIÈME PARTIE

ELEMENTS DE PRONOSTIC DONNES PAR LE LABORATOIRE

I

Les urines.

Volume et aspect des urines. — En prenant comme moyenne normale de l'urine éliminée par heure, en dehors de la gestation, le chiffre de 50 cc., nous pouvons admettre que chez la femme enceinte normale arrivée à la fin de la grossesse la quantité d'urine éliminée pendant l'unité de temps sera généralement supérieure (1).

Que trouvons-nous dans l'éclampsie?

Dans la période antéconvulsive, l'oligurie apparaît avec les phénomènes prééclamptiques, s'accroît parallèlement à l'intensité de ceux-ci et résiste à l'influence du régime lacté; souvent, au contraire, le régime lacté peut produire une brusque polyurie.

Dans la période convulsive, il y a toujours oligurie; si elle s'est manifestée dès la période antéconvulsive, elle s'accroît; si elle n'existe pas elle apparaît.

Cette oligurie est quelquefois si grande qu'elle va jusqu'à l'anurie.

Dans la période postconvulsive, l'oligurie, le plus souvent, disparaît assez rapidement; l'urine reste peu abondante dans les quelques heures qui suivent le dernier accès, mais elle tend bientôt à s'accroître, et, vers le troisième jour, on assiste fréquemment à une véritable crise de polyurie, qui dure deux ou trois jours : le volume devient ensuite normal.

(1) Daunay, thèse de Paris, 1908.

Nous n'avons pas pu étudier les variations du volume des urines avant les crises d'éclampsie, les malades étant toujours apportées à la Maternité soit dans le coma, soit après plusieurs crises qui ont eu lieu chez elles.

Mais, par contre, nous avons pu étudier le rythme d'élimination des urines dans l'éclampsie.

Nous avons constaté une diminution très nette du volume des urines avant l'accouchement.

Observation XV. Volume des urines pendant les trois jours qui ont précédé l'accouchement : 300, 230, 200 cc.; le jour de l'accouchement, 500 cc.

Observation XXIII. La malade, suivie à la Maternité, eut pendant quatre jours un volume variant entre 500 cc. et 1.500 cc.; diète hydrique.

Ensuite, pendant vingt-deux jours, le régime étant lacté, puis fructo-végétarien, le volume oscille autour de 1.000 cc.

Enfin, du jour où l'auscultation est négative, le volume croît rapidement à 2 litres et s'y maintient.

A ce moment, l'albumine suit une courbe inverse et passe de 6 grammes à 0 g. 30.

Pendant les crises, l'oligurie est très nette; on retire de la vessie 100 cc. (obs. I), quelque 100 cc. (obs. II), 100 cc. (obs. XIX) d'urines épaisses, hautes en couleurs, colorées en jaune, vert ou rouge brun.

Quelquefois aussi il y a anurie (obs. XXXIX et obs. I) : le matin, on retire 100 cc.; le soir, anurie.

Dans certains cas où les accès se succèdent en grand nombre, cet état d'oligurie extrême et même d'anurie peut se prolonger trente-six heures.

Une malade qui urine plus d'un litre est une malade dont les reins fonctionnent suffisamment : le pronostic est bon. Si les urines diminuent, si la sonde ne ramène que quelques centimètres cubes d'urine, le pronostic s'aggrave⁽²⁾ (obs. I). Les auteurs sont d'accord pour qualifier de funestes les cas d'éclampsie avec anurie.

(2) Chavoix, thèse de Bordeaux, 1913.

Après la période d'oligurie, vient la période où la diurèse augmente. Les urines redeviennent plus claires et moins colorées. C'est la crise urinaire, qui se produit du troisième au cinquième jour. Prenons pour type l'observation VI; les deux premiers jours après l'accouchement, le volume des urines est de 150 cc., puis 200 cc., et le troisième jour la crise se produit: 3 litres d'urine sont évacués.

Les auteurs attachent une grosse importance à cette crise: cette diurèse considérable, atteignant 3 à 4 litres par jour, survient au moment où la malade va vers la guérison.

Il y a lieu d'attacher la plus grande importance au rétablissement des fonctions urinaires: quand les urines deviennent rapidement abondantes, le pronostic est favorable. Cependant, cette diurèse ne se produit en général que le troisième ou quatrième jour. Dans l'observation VIII, la crise urinaire se produit au troisième jour, les urines passant de 400 cc. le premier jour à 4.500 cc. le troisième: pronostic favorable.

Il faut accorder une très grande valeur à la crise urinaire; quand on ne l'a pas observée chez une malade, il est sage de réserver l'avenir (Bar).

Hauch⁽³⁾ cite un cas où il y avait eu quatre jours d'intervalle entre la quatrième et la cinquième crise; la malade était lucide; la quantité d'urine était de 300 à 600 cc. Le jour qui suivit l'accès ultime, le volume des urines était de 3.300 cc.

Cette crise urinaire a une réelle importance pronostique. Si elle ne se produit pas, la vie de la malade est en danger.

Ainsi, dans l'observation I, on retire quelques centimètres cubes d'urine fortement albumineuse, puis, le soir, anurie: la malade succombera le lendemain matin.

Obs. III. — On note urines rares, fortement albumineuses; pas de crise urinaire. Mort au quatrième jour.

Obs. XXIX. — La vessie est vide le matin seulement. Le

(3) Hauch, *L'éclampsie après l'accouchement* (Arch. mens. G. O., 1917).

soir on retire par sondage 450 cc. d'urines fortement albumineuses, avec urobiline et acétone. La malade meurt dans la nuit.

De cette étude du volume des urines, il ressort qu'il existe un lien entre l'abondance des urines et la gravité du pronostic : crise urinaire, bon pronostic; anurie, mauvais pronostic.

Dans quelques cas, malgré la disparition des signes d'éclampsie, la crise urinaire ne se produit pas, et certaines malades n'ont pu être sauvées que par une décapsulation. (Pousson, Chambrelent et Pierry).

DENSITÉ. — Dans l'éclampsie, la densité suit une courbe inverse à celle du volume des urines : elle s'élève à mesure que la diurèse diminue. Pendant les crises elle est très élevée et peut aller jusqu'à 1.040⁽⁴⁾. Elle diminue ensuite à mesure que le chiffre des urines augmente. Du reste, son étude n'est d'aucun secours pour le pronostic; on se base plutôt sur le volume des urines.

LES ÉLÉMENTS NORMAUX : URÉE, CHLORURES, PHOSPHATES. — Nous ne parlerons que de l'urée, les chiffres de chlorures et de phosphates n'étant d'aucune utilité pronostique, et les auteurs sont muets sur ce sujet.

Voici ce que dit Daunay⁽⁵⁾ : « Une faible proportion d'urée à la période convulsive, tenant autant à l'oligurie qu'à la qualité même de l'urine, et non suivie d'une hyperexcrétion, se rencontre dans les formes graves.

» Une faible proportion d'urée à la période convulsive, tenant plutôt à l'oligurie qu'à la qualité même de l'urine, et suivie d'une hyperexcrétion, se rencontre dans les formes moins graves. »

Mon Maître le Professeur Andérodias⁽⁶⁾ écrivait, antérieurement à cet article : « Une augmentation considérable et rapide du taux de l'urée peut être donnée comme signe précieux

(4) Daunay, *loc. cit.*

(5) Daunay, *loc. cit.*

(6) Andérodias, *Sur un clas d'éclampsie* (Soc. de gyn. et obst. et péd. de Bordeaux, 1900).

dans le pronostic de l'éclampsie. Dans l'exemple donné à l'appui de cette thèse, l'urée excrétée n'était, au début, que de 11 g. 5 pendant les premières vingt-quatre heures; elle augmentait ensuite et arrivait à 35 g. 75 le troisième jour. »

Chez cette malade, tout pouvait faire songer à un dénouement fatal; seule l'analyse d'urine montrait, dès le deuxième jour, une véritable débâcle d'urée, sans polyurie excessive, et le pronostic put être modifié.

Nous voyons donc que ces deux opinions concordent :

Dans l'observation VI :

- 1^{er} jour : urée, 6 g. 7;
- 2^e jour : urée, 15 grammes;
- 3^e jour : urée, 27 grammes;

Dans l'observation X :

- 1^{er} jour : urée, 20 grammes;
- 2^e jour : urée, 25 grammes;
- 3^e jour : urée, 29 grammes.

L'exemple de l'observation VI peut être comparé à l'exemple du Professeur Andérodias, l'urée passant en trois jours de 6 grammes à 27 grammes, la polyurie n'étant pas excessive : 1.000 cc. par jour.

L'urée de l'urine pourra donc servir d'élément de pronostic, un chiffre d'urée élevé au bout du troisième ou quatrième jour étant d'un heureux présage.

LES ÉLÉMENTS ANORMAUX : L'ALBUMINE. — Y a-t-il des éclampsies sans albuminurie ? La question a été discutée depuis longtemps. Cazeaux le niait; Depaul⁽⁷⁾, en 1854, disait : « J'ai tenu à prouver que, contrairement à l'opinion de Cazeaux, et pratiquée par beaucoup de praticiens, il y a des éclampsies sans albuminurie. »

Bar tient ces faits pour suspects et a donné l'explication suivante.

(7) Depaul, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1854.

Le plus souvent, l'albumine est de la sérine qui précipite par les réactifs classiques, mais il peut y avoir, à côté de cette sérine, des albumines acéto-solubles, que Patein a décrites; le coagulum obtenu par la chaleur est soluble dans l'acide acétique.

Brindeau⁽⁸⁾ admet les crises d'éclampsie sans albuminurie; la diurèse est souvent normale, et la composition chimique des urines pas toujours altérée.

Le plus souvent, l'albumine préexiste dans l'urine avant les accès, elle peut naître peu de jours avant les accès (3 à 7 jours), ou la femme peut être albuminurique depuis longtemps, et il y a alors augmentation du chiffre habituel.

Les doses d'albumine pendant les crises sont variables. Il est rare que la quantité d'albumine soit inférieure à 1 ou 2 grammes par litre dans la période des accès, mais elle peut monter à 10, 15, 25 grammes d'albumine par litre parfois. Quelquefois, la sonde retire quelques centimètres cubes d'urine qui, chauffés, se précipitent en masse et permettent même de retourner le tube de verre.

Au point de vue pronostic, Daunay⁽⁹⁾ écrit : « Dans certaines formes graves, nous avons trouvé des urines très riches en albumine, et qui le sont restées jusqu'à la mort. »

Par contre, une moins grande quantité d'albumine au cours des accès et une diminution sensible de cette albumine s'établissant parallèlement à une augmentation du volume de l'urine excrétée dans l'unité de temps semblerait plutôt en rapport avec des formes moins graves.

Coudray⁽¹⁰⁾, dans sa thèse, dit « Dieulafoy a écrit : « Ce » ne sont pas les gens qui ont les urines les plus albumineuses qui sont le plus gravement empoisonnés : on peut » être fort malade avec peu d'albumine, avec pas d'albumine du tout. »

La marche de l'albuminurie a une certaine valeur au point

(8) Brindeau, *loc. cit.*

(9) Daunay, *loc. cit.*

(10) Coudray, thèse de Paris, 1900.

de vue du pronostic. La persistance malgré le traitement fera redouter des complications.

Une progression constante dans la quantité d'albumine permettra de soupçonner une aggravation de la crise.

Pour Chavoix⁽¹¹⁾, l'albuminurie est d'autant plus grave qu'elle est plus ancienne et que le régime lacté n'a pas été institué.

Fletcher Shaw a une autre opinion : les petites quantités d'albumine sont d'un pronostic plus sombre que les doses massives.

Sur 46 cas :

21 malades avaient moins de 10 grammes d'albumine : 13 morts et 8 guérisons (61 p. 100 de mortalité);

18 malades avaient plus de 10 grammes d'albumine : 3 morts, 15 guérisons (16 p. 100 de mortalité);

7 malades avaient un degré d'albumine non enregistré.

Si nous consultons nos observations et si nous les divisons en deux parties : observations où il y a moins de 5 grammes d'albumine et observations où il y a plus de 5 grammes d'albumine, nous trouvons :

Pour les premières : 13 cas, avec 1 mort (mortalité, 7,6 p. 100);

Pour les secondes : 27 cas, avec 7 morts (mortalité, 19 p. 100).

D'après cela, un chiffre d'albumine élevé serait d'un fâcheux pronostic, la mortalité de 19 p. 100 correspondant à la mortalité globale de l'éclampsie, qui est de 20 p. 100.

Nous verrons dans un chapitre ultérieur ce qu'il faut penser de la persistance de l'albumine après l'accouchement.

AUTRES ÉLÉMENTS ANORMAUX. — Cette étude ne nous retiendra pas bien longtemps; aucun élément certain de pronostic ne peut se fonder sur ces éléments.

(11) Chavoix, *loc. cit.*

On trouve dans les urines des éclamptiques des pigments biliaires, des sels biliaires, de l'urobiline, quelquefois des corps cétoniques, de l'acide diacétique et de l'acide B oxybutyrique; ces trois derniers corps sont l'indice d'acidose⁽¹²⁾. Dans quatre de nos observations (obs. VIII, XIII, XXIII, XXIV), l'urobiline a été signalée, et dans deux observations (obs. XII et XXIV), l'acétone a été notée; aucune issue fatale ne s'est produite chez ces malades.

RAPPORTS URINAIRES : LE COEFFICIENT DE MAILLARD. — Le rôle joué par le foie dans le métabolisme des matières protéiques s'étudie en recherchant le coefficient de Maillard.

Portes⁽¹³⁾, puis Derrien et Clogne ont simplifié les calculs, et :

$$K = \frac{\text{N. formol}}{\text{N. hypobromite}} \times 100$$

L'azote titrable au formol représente l'azote ammoniacal plus l'azote des acides aminés.

L'azote titrable à l'hypobromite représente l'azote ammoniacal, plus l'azote uréique, plus l'azote des acides aminés.

Normalement, ce rapport est de 6 p. 100. Dans la grossesse, jusqu'au quatrième mois il est de 6,58 p. 100. Il augmente à la fin du huitième mois et atteint 11,32 p. 100; il redescend ensuite et à terme est de 7,5 p. 100.

Nous avons pensé, à la suite des notes de Voron et Pigeaud⁽¹⁴⁾, pouvoir utiliser ce coefficient comme ces auteurs le font pour les vomissements incoercibles et en faire un pronostic de l'éclampsie.

Nous avons fait nous-même de multiples dosages, et les chiffres sont consignés dans cinq observations.

Elevé à l'entrée des malades dans le service (obs. IX, X

(12) Brindeau, *loc. cit.*

(13) Portes, thèse de Montpellier, 1919.

(14) Voron et Pigeaud, *Le coefficient de Maillard dans les vomissements graves de la grossesse* (*Gyn. et Obst.*, avril 1931.)

et XV), le coefficient a baissé régulièrement par l'effet du régime lacté.

Au contraire, dans l'observation VI, il va de 5 p. 100 à 4 p. 100, en passant par 24 p. 100; dans l'observation XXIII, le coefficient est, au début, de 15 p. 100, puis il descend à 5 p. 100 et remonte à 19 p. 100.

Aucun pronostic ne peut donc être porté sur l'éclampsie par l'étude du coefficient de Maillard; les chiffres semblent tantôt très élevés, tantôt bas.

CONSTANTE D'AMBARD. — Cette étude sera courte, les auteurs niant tout intérêt pour le pronostic au moyen de la constante d'Ambard. Voici ce que dit Gautruche⁽¹⁵⁾ dans sa thèse : « Le nouveau mode d'exploration de la fonction uréique du rein doit, semble-t-il, en établissant quelle est l'importance des lésions rénales chez la femme, apporter un appoint important pour le pronostic des grossesses ultérieures. »

Chez les primipares, les lésions hépatiques et rénales, qui peuvent être graves, voire même mortelles, sont le plus habituellement temporaires, produites par l'intoxication gravidique, qui, lors d'une nouvelle grossesse, ne se manifestera plus avec la même intensité sur un organisme vacciné.

La constante, pratiquée en pleine crise, n'a fourni aucune donnée utile, comme il était à prévoir. Dans l'observation XXIII, $K=0,126$, chiffre très élevé, la normale étant de 0,07. La malade guérit parfaitement. La constante, mauvaise, revient peu à peu à la normale.

II

Le sang.

L'étude du sang des éclampiques a suscité de nombreux travaux dans tous les pays.

(15) Gautruche, thèse de Paris, 1913.

Nous étudierons successivement ces différents éléments, c'est-à-dire l'urée, la glycémie, le cholestérol, le calcium.

URÉE SANGUINE. — L'étude de l'urée sanguine a donné naissance à bien des interprétations.

Quel est le chiffre normal d'urée dans le sang des femmes? Sur plus de 5.000 dosages, voici ce que disent les deux auteurs américains Caldwell et Lyle ⁽¹⁶⁾.

Le taux de l'urée sanguine chez la femme normale est de 0 g. 37 par litre de sérum; chez la femme enceinte de 3 mois, 0 g. 23; enceinte de 7 mois, 0 g. 24; 8 mois 1/2 à 9 mois, 0 g. 27.

D'après Holodenko ⁽¹⁷⁾, dans l'éclampsie convulsive, le taux de l'urée est plus élevé que chez la femme gravide normale et atteint en moyenne 0 g. 29.

Alors que dans les affections normales le syndrome azotémique est, au point de vue du pronostic, le plus important, à tel point que Widal a dit : « Je préfère me passer de la recherche de l'albumine d'un brightique que du dosage de l'urée dans son sang ».

Au contraire, dans l'éclampsie, il n'existe aucun rapport entre la gravité du mal et le taux de l'urée. Il est impossible pour cette raison d'accorder une valeur pronostique à l'azotémie, même quand celle-ci atteint 0 g. 60, 0 g. 80 et 1 gramme d'urée par litre de sérum.

Pour Pouget ⁽¹⁸⁾ : chez les femmes enceintes normales, on obtient des chiffres bien supérieurs à ceux que l'on trouve en dehors de la gestation.

Weill et Wilhem ont pu trouver chez une femme enceinte, en bonne santé apparente, 0 g. 45 à 0 g. 84 d'urée par litre.

Les grandes azotémies gravidiques peuvent se traduire par plus de 2 grammes d'urée par litre et sont curables.

(16) Caldwell et Lyle, *Amer. Journal of Obst. and Gyn.*, 1921.

(17) Holodenko, *Contribution à l'étude de l'azotémie au cours de l'éclampsie, de la gestation et de la puerpéralité*, Thèse de Paris, 1927.

(18) Pouget, *loc. cit.*

Pour Butte⁽¹⁹⁾ : « Dans les cas suivis de mort, le chiffre d'urée du sang se trouve voisin de la normale, dans les cas heureux, le chiffre est double de celui que l'on observe à l'état physiologique. »

Marthe Giraud⁽²⁰⁾, dans sa thèse, rapporte trois cas mortels, avec 0 g. 58, 0 g. 35 et 0 g. 28 d'urée.

Rouvier⁽²¹⁾ a cité un cas grave avec 40 grammes d'albumine et 0 g. 96 d'urée sanguine qui s'est terminé par la guérison.

Cleidtz et Laudat⁽²²⁾ sont du même avis que Butte et écrivent : « Chez les femmes présentant le syndrome d'éclampsie convulsive, on peut observer une élévation habituellement modérée du taux de l'urée sanguine. Dans certains cas qui seraient, parfois, des cas graves, le taux de l'urée sanguine est faible et voisin de la normale. »

P. Delmas, Coll de Carrera et Cristol⁽²³⁾ citent deux cas : dans le premier cas, il s'agit d'une éclampsie du travail remarquable par l'intensité et la brutalité de l'attaque toxique, ainsi que par la rapidité foudroyante de l'évolution vers l'exitus. Le chiffre d'urée fut de 0 g. 24; dans le second cas, il s'agit d'une éclampsie du *postpartum* qui aboutit aussi à l'exitus. Le chiffre d'urée était, au contraire, très élevé, 1 g. 53.

Dans le premier cas, les lésions rénales n'auraient pas le temps de se constituer, et la malade succomberait sans avoir présenté de rétention uréique notable; ce serait le contraire dans le deuxième cas.

Dans le relevé de nos observations, nous avons 17 malades chez lesquelles nous trouvons 1 mort avec 2 g. 60 d'urée sanguine et 3 autres avec 0 g. 27, 0 g. 30 et 0 g. 41; les

⁽¹⁹⁾ Butte, *L'urée du sang dans l'éclampsie* (Bull. méd., 1906).

⁽²⁰⁾ Mme Marthe Giraud, thèse de Montpellier, 1917.

⁽²¹⁾ Rouvier, *Bulletin S. O. G.*, 1923.

⁽²²⁾ Cleidtz et Laudat, *Azotémie et gestation* (Gyn. et Obs., 1927).

⁽²³⁾ Delmas, Coll de Carrera et Cristol, Réunion obst. et gyn. de Montpellier, in *Bull. S. O. G. Paris*, 1926.

13 autres guérissent avec des doses d'urée variant entre 0 g. 46 et 1 g. 48.

Il est donc bien difficile d'accorder une valeur au chiffre d'urée sanguine et nous nous rallions à l'opinion de Brindeau⁽²⁴⁾, qui dit : « que le dosage de l'urée dans le sang ne donne pas de résultat ».

L'étude de l'azote résiduel, l'acide urique et les acides aminés étudiés par les Allemands⁽²⁵⁾ et les Scandinaves⁽²⁶⁾ ne donne pas davantage d'éléments de pronostic. D'après Plass, il n'y aurait aucune variation caractéristique dans la toxémie gravidique, qu'elle s'accompagne ou non de convulsions.

GLYCÉMIE. — D'après les auteurs allemands⁽²⁷⁾, la femme enceinte présenterait un certain degré d'hyperglycémie.

Dans les formes graves d'éclampsie qui se terminent par la mort, il n'y a plus d'hyperglycémie. La disparition de l'hyperglycémie coïncidant avec une forme clinique très sévère serait d'un mauvais pronostic.

Au contraire, pour les auteurs américains⁽²⁸⁾, l'hyperglycémie n'est pas caractéristique de l'éclampsie.

La lecture des graphiques de la glycémie pendant une attaque d'éclampsie montre de larges fluctuations dans un laps de temps extrêmement court.

Il est véritablement bien difficile de se faire une idée nette de cette question.

Dans deux observations, XIV et XXIII, le taux de la glycémie a été de 0 g. 94 et de 1 g. 10. Il s'agissait de deux cas

(24) Brindeau. *loc. cit.*

(25) Heinrich Enflingen, *Zeichrift für Gebertshulfe und Gynak*, t. XCV, n° 2, mai 1919.

(26) Per Wetterdal, *Studies of non Protein nitrogen in the blood of Pregnant women suffering from eclampsia* (*Acta Obst. and. Gyn. Scandinavie*, vol. VII, 1928).

(27) Widen, *Blutzucker und Eclamp.* (*Monatsschrift für Gebrutshulfe und Gynak*, t. XLI, 1915).

(28) Titus, Dodds et Willets, *La fluctuation de la glycémie pendant l'éclampsie* (*Amer. Journal of Obt. et Gynec.*, t. XV, 1928).

d'éclampsisme qui se terminèrent par l'accouchement d'enfant mort et macéré.

LE CHOLESTÉROL. — D'après Grigaut⁽²⁹⁾, au cours des sept premiers mois de la grossesse, près de la moitié des femmes ont un chiffre de cholestérol supérieur à 2 grammes; pendant les deux derniers mois, le taux moyen monte à 2 g. 50.

Pour Moris Slemons⁽³⁰⁾, dans l'éclampsie il y aurait augmentation du cholestérol.

Delmas, Coll de Carrera et Cristol⁽³¹⁾ ont dosé le cholestérol dans deux cas, où tous deux se terminèrent fatalement; les chiffres trouvés sont de 1 g. 24 et 3 g. 75.

L'hypercholestérolémie serait, d'après Watrin, en rapport direct avec la gravité des cas.

Nous avons dosé le cholestérol dans le sang de cinq de nos malades :

Dans les observations VI et IX, 2 cas d'éclampsie; cholestérol, 1 g. 40 à 1 g. 65.

Dans les observations XIV et XV, 2 cas d'éclampsisme; cholestérol, 1 g. 82 et 1 g. 82.

Dans l'observation XXIII, éclampsisme avec accouchement d'un enfant mort et macéré; le taux du cholestérol baisse régulièrement jusqu'à l'accouchement de 3 grammes à 1 g. 75.

Dans aucun cas, sauf le dernier, nous n'avons d'hypercholestérolémie.

Dans l'observation XXIII, le chiffre élevé de cholestérol est une preuve du rôle que joue ce lipoïde dans la défense de l'organisme contre l'auto-intoxication gravidique.

CALCÉMIE. — Le taux de calcémie chez la femme non enceinte oscille entre 96 et 106 milligrammes, à 4 mois 1/2, il oscille entre 89 et 107 milligrammes; enfin, à 8 mois 1/2, entre 92 et 104 milligrammes.

(29) Grigaut, *Le cycle de la cholestérinémie*, thèse de Paris, 1913.

(30) Moris Slemons, *Analysis of the blood in eclampsia and allied intoxication* (Amer. Journal of Obst., 1918).

(31) Delmas, Coll de Carrera et Cristol, *loc. cit.*

Au cours de l'éclampsie, Kehrer⁽³²⁾ a trouvé de l'hypocalcémie de même que Lévy-Solal et Dalsace⁽³³⁾ en ont trouvé entre 80 et 90 milligrammes.

Pour d'autres auteurs, l'hypocalcémie ne serait pas constante.

Dans un seul cas (obs. XXIII), nous avons fait doser le calcium, qui a été de 140 milligrammes.

Pour Freinderg et Lash, il n'y a pas de relation entre la teneur en calcium du sang et l'éclampsie.

TOXICITÉ DU SÉRUM SANGUIN. — On avait pensé pouvoir trouver un élément de pronostic par l'étude de la toxicité du sérum sanguin. Tarnier et Chambrelent⁽³⁴⁾ avaient étudié la dose toxique pour un poids donné de lapin.

La toxicité physiologique est de 3 cc. 5 par kilo.

Le degré de toxicité de sérum paraît être en raison directe de la gravité de la maladie.

Brindeau et Cartier ont repris ce travail et ont injecté le sérum dans le cœur du lapin. Le sérum d'éclamptique se montrerait plus toxique que le sérum des femmes normales.

RÉSERVE ALCALINE. — La réserve alcaline⁽³⁵⁾ est essentiellement constituée par les bicarbonates du plasma sanguin; elle s'évalue en centimètres cubes de CO₂ par 100 cc. de plasma.

Une chute de la réserve alcaline est toujours un index d'acidose, une élévation, un index d'alcalose.

Les chiffres moyens pour la femme non enceinte, en dehors de la période des règles, oscillent entre 57 et 70 p. 100.

Chez la femme enceinte, les chiffres semblent être abaissés et oscillent entre 40 et 50 p. 100.

(32) Kehrer, *Archiv. fur Gynak.*, t. CXII.

(33) Lévy-Solal et Dalsace, *Bull. Soc. biol.*, 1927.

(34) Tarnier et Chambrelent, *Ann. de gyn.*, nov. 1892.

(35) Cette question, si à l'ordre du jour, sera du reste étudiée par notre camarade G. Brienne, dans sa thèse de doctorat en médecine faite dans le Service de clinique obstétricale du Professeur Andérodias. Les dosages que nous citons plus haut ont été faits par lui, et nous le remercions bien vivement d'avoir mis ses documents à notre disposition.

Dans l'éclampsie, voici les chiffres qui ont été trouvés :

Observation IX : R. A., 27 p. 100.

Observation XXIII :

Le 30 avril, R. A., 47 p. 100.

Le 5 mai, R. A., 47 p. 100.

Le 1^{er} juin, accouchement d'un enfant mort-né et macéré.

Le 4 juin, R. A., 55 p. 100.

Nous avons trop peu d'observations pour estimer quelle est la place que peut prendre l'étude de la réserve alcaline dans le pronostic de l'éclampsie.

III

Le liquide céphalo-rachidien.

La ponction lombaire peut-elle servir d'élément pour établir un pronostic? On l'a cru.

Dans l'éclampsie, il n'y a pas d'hypertension marquée du liquide céphalo-rachidien.

Il n'y a pas non plus de variations des taux normaux d'albumine, de chlorures et glucose.

Les chiffres que nous avons trouvés, obs. XXXVIII et XXXIX, n'offrent rien de remarquable.

Nous avons vu plus haut ce qu'il y avait lieu de penser de la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien.

TROISIEME PARTIE

PRONOSTIC D'APRES LE TRAITEMENT MEDICAL ET OBSTETRICAL

Nous n'étudierons que le pronostic de l'éclampsie confirmée; nous n'insisterons pas sur les soins à donner prophylactiquement; diète lactée ou diète hydrique.

Tous les médicaments ont été essayés dans l'éclampsie, et avec des fortunes diverses. On utilise le chloroforme, le chloral par la voie buccale ou en lavement, la morphine, les purgatifs drastiques, eau-de-vie allemande, la saignée, déjà préconisée par Mauriceau, mais contrôlée par l'oscillométrie (Balard). Actuellement, il semble que l'on revienne au traitement purement médical ⁽¹⁾.

La méthode de Stroganoff est la suivante : « La malade est isolée dans une chambre, à l'abri du bruit et de la lumière, puis on institue le traitement : chloral et morphine. L'accoucheur n'intervient que pendant la période d'expulsion. D'après l'auteur, la mortalité serait de 2,6 p. 100 pour les mères et de 16 p. 100 pour les enfants.

Stander ⁽²⁾, par cette méthode, a une mortalité de 9. p. 100.

La méthode de Dublin consiste en lavages gastriques, purgation, lavage intestinal, morphine, bicarbonate de soude intraveineux et, exceptionnellement, saignée. Elle aurait donné, entre les mains d'Eden ⁽³⁾ et Fitz Gibbon ⁽⁴⁾, de bons résultats.

(1) Brindeau, *loc. cit.*

(2) Stander, *Amer. Journal of Obst. and Gyn.*, mars 1925.

(3) Eden, *Lancet*, 30 sept. 1922.

(4) Fitz Gibbon, *Lancet*, 31 mars 1923.

A la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Bordeaux, dans l'observation V, chez une éclampsique grave (grosse albuminurie, hypertension, état général grave), mon Maître M. le Professeur Andérodias conseilla le traitement médical, morphine, purgations et forceps à dilatation complète, pour éviter de nouvelles crises. Après l'actouchement, saignée de 750 grammes. Mère et enfant vivants.

Ce traitement est aussi appliqué dans le service de mon Maître M. le Professeur agrégé Pery, à la Maternité de Pellegrin.

Nous nous sommes trouvé bien, dans les cas de crises particulièrement fortes, d'injections intraveineuses de somnifène (obs. I et VI).

Dans les observations d'éclampsie, qui nous sont personnelles (obs. I, IV, VI, IX, X, XIX), nous avons eu une mort, soit 16,6 p. 100 de mortalité maternelle et 33 p. 100 de mortalité fœtale, ce qui correspond aux statistiques classiques.

Si nous prenons l'ensemble des observations d'éclampsie convulsive traitées par le traitement médical, nous avons, sur 28 cas, 6 morts, soit 21,4 p. 100; et, au point de vue fœtal, 12 morts, soit 42 p. 100.

Dans le traitement obstétrical, il est difficile d'avoir une opinion exacte; les observations sont différentes et ne sont guère comparables.

Dans nos observations, sur 6 cas nous avons 2 morts et 2 morts fœtales, mais dans ces observations il y a une hémorragie rétroplacentaire avec éclampsie (obs. XI, et une grossesse gémellaire (obs. VII).

Nous pouvons cependant dire que le traitement médical tel qu'on le conçoit à Bordeaux, complété par le forceps à dilatation complète, semble donner des résultats moyens.

QUATRIEME PARTIE

PRONOSTIC ELOIGNE POUR LA MERE ET L'ENFANT

D'après ce que nous avons écrit précédemment et d'après les statistiques des divers auteurs, nous voyons que la mortalité maternelle oscille autour de 20 p. 100 et la mortalité fœtale autour de 40 p. 100.

Il est classique de dire que les auto-intoxications gravidiques ne lèsent pas le rein d'une façon permanente.

Harris (1) note que dans les services du John Hopkins Hospital 60 p. 100 de femmes traitées pour éclampsie montrent des symptômes de néphrite chronique.

La disparition des symptômes de la toxémie dans les semaines qui suivent l'accouchement n'élimine en aucune façon la possibilité du développement ultérieur de lésions rénales permanentes; par contre, s'ils ont persisté plus de trois semaines après l'accouchement, les chances d'échapper à une altération rénale définitive sont minimales.

Quant aux femmes atteintes de néphrite, leur avenir est mauvais, et ce d'autant que les gestations se répètent. L'observation XXI en est un exemple frappant.

Jean Heitz, de Royat (2), a observé deux femmes qui avaient eu de l'éclampsie et chez lesquelles il a noté des crises hypertensives.

Une des malades, éclamptique à 32 ans, présentait à 47 ans

(1) Harris, *The after effects of the late toremia of pregnancy* (Bull. of the John Hopkins Hospital, t. XXXV, avril 1914).

(2) Heitz, *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, t. XVII, mai 1924.

des crises hypertensives, dont l'une laissa une hémiparésie droite.

Dans le deuxième cas, la malade, éclamptique et albuminurique, a une grossesse à 27 ans. Elle présentait à 50 ans des céphalées fréquentes et des crises hypertensives sur un fond d'hypertension permanente modérée.

Nous concluons avec Vignes⁽³⁾ que, si un mois après l'accouchement l'albuminurie et l'hypertension persistent, il faut voir là un signe de néphrite, mais que pour tel cas semblant guéri au bout d'un mois on peut néanmoins trouver des signes de néphrite six mois après.

Quant au pronostic fœtal, il est encore plus sombre. D'après nos observations, nous obtenons 40 p. 100 de mortalité. Depaul obtenait 48 p. 100; Tarnier, 60 p. 100; Leidenius, 34 p. 100. Mais ces enfants s'élèvent mal; beaucoup naissent débiles, avec un poids au-dessous de la normale. Ce sont des enfants qui sont profondément intoxiqués et qui présentent souvent des lésions viscérales; beaucoup meurent dans les premiers jours. La mortalité éloignée est donc sûrement de plus de 40 p. 100.

(3) Vignes, *loc. cit.*

CINQUIEME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(G. PERY. — Canolle, 1930. — N° 180.)

Grossesse de 5 mois. — Eclampsie. — Mort.

Malade de 29 ans, primipare, enceinte de 5 mois, présentant de l'anasarque. Plusieurs crises d'éclampsie avant son entrée. Arrive à midi, dans le coma, et a 3 crises d'éclampsie dès son arrivée.

T. A. : Mx, 15; Mn, 11; Io, 5. P. E., 12. Temp., 38°8. Pouls 110.

Par sondage, on retire 100 cc. d'urine, très foncée et fortement albumineuse (1 g. 50).

Saignée de 700 grammes : urée sanguine, 0 g. 27.

Après la saignée, T. A. : Mx, 14; Mn, 6; Io, 4,5. P. E., 12.

Purgation à l'eau-de-vie allemande, lavement purgatif, grand lavage intestinal, 2 cc. de somnifène intraveineux.

T. A. : Mx, 17; Mn, 12; Io, 4. P. E., 14.

La malade n'a plus de crise, mais reste dans le coma. Le soir, le pouls et la température montent : 39°3 et 130. Anurie.

T. A. : Mx, 17; Mn, 13. P. E., 15.

Le pouls devient plus rapide vers minuit, et bat à 140. Température 40 degrés.

La malade meurt à 6 heures sans avoir repris connaissance.

OBSERVATION II.

(Maternité, 1927. — N° 140.)

Albuminurie. — Eclampsie. — Enfant mort.

I-pare, 22 ans, sans antécédent. Arrive à la Maternité le 5 février, à 18 heures. Une saignée de 400 grammes a été faite avant son entrée.

Œdème surtout accentué au niveau des parties génitales.

Par sondage, on recueille quelques centimètres cubes d'urine, contenant 7 grammes d'albumine.

Grossesse à terme, bruits du cœur bons, col perméable.

Lavement purgatif et eau-de-vie allemande.

Première crise d'éclampsie le 6, à 5 h. 35. Les bruits du cœur ne sont plus perçus. Saignée de 370 grammes. Temp. 36°3. Pouls à 84. — La femme entre en travail; on rupture les membranes à 11 heures; expulsion d'un fœtus mort à 15 h. 50. Temp. 38 degrés. Pouls, 160. La malade est dans le coma.

Le 6 février, 13 crises, d'une durée de deux à trois minutes.

Le 7 février, 7 crises.

La malade sort du coma le 7 février au soir.

Tension artérielle :

5 février, à 18 h. 30 : Mx, 18; Mn, 15; Io, 1,5;

6 février, à 5 h. 35 : Mx, 19; Mn, 14; Io, 1,5;

7 février, à 7 heures : Mx, 19; Mn, 12; Io, 2;

7 février, à 15 heures : Mx, 14; Mn, 9; Io, 1,5;

8 février, à 11 heures : Mx, 15; Mn, 10; Io, 3;

25 février, à la sortie : Mx, 11; Mn, 8; Io, 2.

Urine :

7 février : 250 cc.; albumine, 1 gramme;

8 février : 1.000 cc.; albumine, 0 g. 50;

9 février : 1.600 cc.; albumine, 0 g. 50. Crise urinaire.

La malade part, guérie, le 25 février, sans albumine.

OBSERVATION III.

(Clinique d'accouchement, 1929. — N° 641.)

*Accouchement prématuré à 8 mois. — Forceps D. I. —
Eclampsie. — Transéat et décès à Canolle. —
Enfant mort le neuvième jour.*

I-pare, 21 ans, non surveillée pendant sa grossesse. A eu scarlatine et rougeole en bas âge. Entre à l'Hôpital Boursier en état subcomateux. T. A. : Mx, 25; Mn, 15; Io, 4. Saignée de 700 grammes. Urines, 12 grammes d'albumine. Facies bouffi; œdème des membres inférieurs. Morphine, huile camphrée.

Crise d'éclampsie. La dilatation se complète lentement.

Forceps en O. P. pour éviter de faire pousser la malade.

Enfant ranimé difficilement.

En tout, 6 crises d'éclampsie.

Le premier jour, pouls à 80; temp., 37° 3.

Progressivement, la température monte, en trois jours, de 37° 3 à 40° 4. Le pouls monte de 85 à 120.

Transéat à l'isolement de Canolle.

Urines rares; albumine, 12 grammes; pas de crise urinaire.

Urée sanguine; 2 g. 60. T. A. : Mx, 21; Mn, 13; Io, 8.

La malade présente des signes méningés, et meurt le soir de son arrivée.

OBSERVATION IV.

(G. PERY. — Maternité, 1931. — N° 103.)

Albuminurie. — Eclampsie. — Accouchement prématuré à 7 mois.

II-pare, non suivie médicalement. A eu des crises d'éclampsie à sa première grossesse; enfant bien portant. Avant son arrivée, 3 crises chez elle et 2 dans l'auto.

A son entrée, état demi-comateux, morsures de la langue, céphalée, œdème généralisé, facies vultueux.

T. A. : Mx, 21; Mn, 14; Io, 4,5. P. E., 15. Temp., 37° 1. Pouls, 95.

Urines rares, fortement albumineuses.

Lavement purgatif et purgation. Saignée de 750 grammes : urée sanguine, 0 g. 59.

T. A. : Mx, 19; Mn, 7; Io, 2,5.

Pas de nouvelle crise.

Grossesse de 7 mois, présentation du siège.

La malade entre en travail et expulse sans difficulté un fœtus qui succombera peu de jours après.

Délivrance naturelle. Nombreux foyers hémorragiques anciens et récents.

Urines :

	Volume.	Albumine.	Densité.
Avant l'accouchement....	»	18 g.	»
2 ^e jour.....	500 cc.	2 g. 50	1,023
3 ^e jour.....	750 cc.	1 g.	1,020
4 ^e jour.....	1.000 cc.	traces.	1,011
5 ^e jour (crise urinaire)...	2.000 cc.	0	1,007

Le treizième jour, la malade fait une « phlegmatia cœrulea » de la jambe gauche, puis de la jambe droite.

Part guérie le quarantième jour. T. A. : Mx, 16; Mn, 9; Io, 2,5. P. E., 12,5.

OBSERVATION V.

(Clinique d'accouchement, 1930. — N° 806.)

Eclampsie (30 crises). — Grosse albuminurie. — Hypertension.

Etat général grave. — Forceps en O. I. D. T.

I-pare, 21 ans.

Antécédents : Coqueluche, rougeole, scarlatine et diphtérie.

La malade a présenté de l'albumine pendant toute sa grossesse.

Régime lacté non suivi.

Le 27 juin, à 8 mois de gestation, 1 crise d'éclampsie, suivie de 7 autres crises subintrantes.

Entre à l'Hôpital Boursier à 9 heures. Grossesse à terme; tête fixée; dilatation de 1 franc.

Rupture de la poche des eaux. Utérus dur et contracturé.

Pery

Le professeur Andérodias voit la malade à 9 h. 30 et conseille le traitement médical. Morphine, purgations, forceps à dilatation complète et saignée.

Morphine, 1 centigramme. État général alarmant, crises subintrantes; 23 crises le 27 juin, de 9 heures à 23 h. 20. La température monte de 37°8 à 39°1. Malade dans le coma entre les crises. Œdème considérable des jambes. Urines rares (5 cc.) : albumine, 4 grammes.

Tension artérielle :

9 h. 30 : Mx, 14; Mn, 8; Io, 1,5;
12 heures : Mx, 17; Mn, 10; Io, 1,5;
16 h. 30 : Mx, 18; Mn, 10; Io, 1;
23 h. 30 : Mx, 18; Mn, 9; Io, 1.

A 13 heures : morphine, 1 centigramme; lavement purgatif; potion de chloral bromuré. Bruits du cœur faibles et sourds. A 17 h. 30, dilatation complète, forceps rapide en O. I. D. T.

Episiotomie, enfant vivant, difficilement rapimé (4 kg. 110).

Délivrance dix minutes après l'expulsion; placenta, 760 grammes.

A 21 heures, état inchangé. Saignée de 750 grammes. Urée sanguine, 1 g. 48. T. A. tombe à : Mx, 14; Mn, 8. Pas de nouvelle crise, mais la malade reste dans le coma toute la journée du 28.

A 13 heures, un sondage retire 360 grammes d'urine; température monte à 39 degrés, puis redescend définitivement à 37 degrés. Nouvelle purgation. L'état général s'améliore lentement, et le 29, vers 13 heures, la malade reprend connaissance. Les œdèmes diminuent rapidement, ainsi que l'albumine, et la malade partira, guérie, le 13 juillet, conservant encore 0 g. 20 d'albumine. L'enfant a présenté une crise convulsive légère après sa naissance.

OBSERVATION VI.

(G. PERY. — Maternité, 1931. N° 450.)

II-pare. — Eclampsie. — Enfant vivant.

II-pare, 23 ans, a fait un avortement à 5 mois 1/2. Entre le 2 mai 1931 à la Maternité, à 8 h. 30, et a déjà eu 8 crises d'éclamp-

sie chez elle. 4 crises dès son arrivée. Malade très cedématiée, dans le coma.

Dilatation complète, bruits du cœur bons; rupture des membranes; forceps rapide et facile en O. I. D. A. Enfant vivant de 2 kg. 020. Une crise d'éclampsie après la délivrance.

A ce moment, T. A. : Mx, 19; Mn, 10; Io, 6. P. E., 12. Pouls à 130. Temp., 37°2.

Saignée de 750 cc. : urée sanguine, 0 g. 77. Somnifène intra-veineux, 1 cc.

Après la saignée, T. A. : Mx, 16; Mn, 11; Io, 4. P. E., 12. Pouls à 112. Temp., 37°6.

Un quart d'heure après, T. A. : Mx, 12; Mn, 9; Io, 1/2. P. E., 10,5.

Une demi-heure après, la T. A. s'effondre : toni-cardiaques, huile camphrée, spartéine, oxygène. Peu à peu la tension remonte.

A 10 heures, T. A. : Mx, 13; Mn, 7; Io, 2. Temp., 37°9.

L'état s'améliore sensiblement dans le courant de la soirée, mais le coma persiste encore pendant plusieurs heures, et la malade a 3 crises dans l'après-midi. Temp., 37° 3. Pouls à 90.

Purgation : Eau-de-vie allemande.

Urines :

	Volume.	Densité.	Albumine.	Urée.	Phosphates.	Chlorure.
2 mai..	150 cc.	1,030	12 g.	6 g. 7	1 g. 5	3 g.
3 mai..	200 cc.	1,028	6 g.	15 g.	2 g.	5 g.
4 mai..	1.000 cc.	1,018	0 g. 50	27 g.	2 g. 5	7 g.

La malade part, guérie, le 18 mai, avec des traces d'albumine.

Examens de laboratoire. — Cholestérol dans le sang. Le chiffre, pris à trois reprises différentes : les 2 mai, 4 mai et 5 mai, a varié entre 1 g. 40 et 1 g. 65.

Coefficient de Maillard :

	0,17	
2 mai, pendant la crise :	$\frac{3,12}{0,86}$	$\times 100 = 5 \text{ p. } 100;$
4 mai,	$\frac{3,72}{0,17}$	$\times 100 = 23 \text{ p. } 100;$
6 mai, malade au régime lacté :	$\frac{5,36}{0,17}$	$\times 100 = 3 \text{ p. } 100;$

8 mai,	$\frac{0,18}{3,96}$	$\times 100 = 4 \text{ p. } 100;$
11 mai, régime normal	$\frac{0,30}{3,96}$	$\times 100 = 7 \text{ p. } 100;$
18 mai,	$\frac{0,28}{3,96}$	$\times 100 = 7 \text{ p. } 100.$

OBSERVATION VII.

(Maternité, 1929. — N° 1.017.)

Eclampsie. — Grossesse gémellaire. — Césarienne basse. — Décès.

I-pare, 34 ans, a eu 3 crises d'éclampsie avant son arrivée; gros œdème des membres inférieurs et de la paroi; albumine abondante. T. A. : Mx, 24; Mn, 12; Io, 7. Etat de subcoma. Utérus volumineux : 42 centimètres sur la ligne médiane; bruits du cœur positifs à droite; poche d'eaux intacte.

Purgation : Eau-de-vie allemande. Saignée de 900 gr. Tension ne varie pas.

A 13 h. 30, quatre heures après l'arrivée de la malade, on décide d'intervenir; césarienne basse; on extrait une fille de 2 kg. 700 et un garçon de 1 kg. 730. Drain.

Après l'opération, T. A. : Mx, 17; Mn, 11; Io, 4.

Une crise pendant l'opération, à 14 heures; 8 autres jusqu'à 21 heures, crises peu accentuées, espacées d'une heure. Coma persistant. A 22 heures, somnifène intraveineux, ventouses scarifiées. Le soir de l'opération : Urines, 100 cc. Temp., 39°5. T. A. : Mx, 23; Mn, 13; Io, 4. Deux autres crises d'éclampsie. La malade ne sort pas du coma et meurt le lendemain matin.

OBSERVATION VIII.

(G. PERY. — Maternité, 1930. — N° 352.)

Eclampsie. — Ballon de Champetier. — Enfant mort-né.

III-pare. Deux premières grossesses normales. Enceinte de 7 mois. Arrive le 28 avril à 1 heure. Temp. 36 degrés. Pouls à 110. Dilata-

tion de 2 francs. Poche des eaux intacte. Bruits du cœur positifs. Urines albumineuses. A eu deux crises chez elle. Nouvelle crise à son arrivée. Purgation. Saignée de 750 grammes; urée sanguine, 0 g. 33.

T. A. avant la saignée : Mx, 25; Mn, 15; Io, 5.

T. A. après la saignée : Mx, 17; Mn, 11; Io, 3.

Pose d'un ballon de Champetier après rupture de la poche des eaux; deux crises d'éclampsie; expulsion d'un fœtus mort à 5 h. 45. Deux nouvelles crises; somnifène intraveineux; lavement purgatif. Aucune nouvelle crise, mais la malade reste deux jours dans le coma.

T. A. le lendemain de l'accouchement : Mx, 23; Mn, 13; Io, 4;

T. A. le surlendemain : Mx, 19; Mn, 13; Io, 4;

T. A. le 3 mai : Mx, 17; Mn, 11; Io, 3.

Urines :

	Volume.	Densité.	Albumine.	Urée.
1 ^{er} jour	100 cc.	1,028	40 g.	5 g. 5
2 ^e jour.....	500 cc.	1,025	0 g. 50	6 g. 5
3 ^e jour (crise urinaire)....	1.500 cc.	1,015	0 g. 28	18 g.
4 ^e jour.....	1 000 cc.	1,009	»	3 g.

La malade part, guérie, le quinzième jour, sans avoir d'albumine dans ses urines.

T. A. : Mx, 15; Mn, 10; Io, 2. Le troisième jour, on a noté la présence d'urobiline dans les urines.

OBSERVATION IX.

(G. PERY. — Maternité, 1931. — N° 323.)

Accouchement prématuré à 7 mois. — Eclampsie.

II-pare, 24 ans. Première grossesse normale. Rougeole dans l'enfance. Non suivie pendant sa grossesse. Deux crises d'éclampsie avant son entrée.

Grossesse de 7 mois, enfant vivant : demi-coma à son arrivée.

T. A. : Mx, 17; Mn, 13; Io, 2,5. P. E., 12. Temp., 38°6. Pouls à 88.

Purgation. Crise convulsive pendant qu'on prépare la saignée.

Saignée de 600 cc. : Urée sanguine, 0 g. 45. T. A. : Mx, 15; Mn, 11; Io, 2. P. E., 11,5.

Les contractions utérines se succèdent: expulsion d'un petit fœtus. Nouvelle crise. Le coma dure six heures. Pas de nouvelle crise. La température n'a jamais dépassé 37°5, le pouls 95.

La malade sort, guérie, le treizième jour.

Urines :

	Volume.	Densité.	Albumine.
20 avril (jour de l'accouchement).	200 cc.	1,030	13 g.
21 avril.....	500 cc.	1,024	20 g.
22 avril.....	500 cc.	1,025	4 g. 75
23 avril (crise urinaire).....	1.500 cc.	1,020	4 g.
24 avril.....	1.500 cc.	1,018	0 g. 50
25 avril.....	2.000 cc.	1,016	0 g. 25

	Urée.	Phosphate.	Chlorure.
20 avril.....	22 g.	4 g. 55	5 g. 40
21 avril.....	29 g. 5	3 g.	7 g. 50
23 avril.....	28 g.	2 g. 4	8 g.

Coefficient de Maillard :

$$\begin{aligned}
 & 20 \text{ avril : } \frac{1,85}{10,20} \times 100 = 17 \text{ p. } 100; \\
 & \quad \quad \quad 0,60 \\
 & 22 \text{ avril : } \frac{\quad}{10,25} \times 100 = 5 \text{ p. } 100; \\
 & \quad \quad \quad 0,14 \\
 & 25 \text{ avril : } \frac{\quad}{6,99} \times 100 = 2 \text{ p. } 100;
 \end{aligned}$$

Cholestérol : 1 g. 45.

OBSERVATION X.

(G. PERY. — Maternité, 1931. — N° 340.)

Albuminurie. — Eclampsie du travail. — Application de forceps dans l'excavation.

I-pare de 22 ans. A eu 2 crises convulsives avant son entrée. Se plaint de céphalée. Pas d'œdème.

Urines fortement albumineuses, 2 g. 50.

T. A. : Mx, 49; Mn, 12; Io, 3. P. E., 43,5.

Purgation. Saignée de 630 grammes. Urée sanguine, 0 g. 33.

T. A. après la saignée : Mx, 46; Mn, 12; Io, 3,5. P. E. 42,5.

Grossesse à terme; enfant vivant; on rupture les membranes et on fait une application de forceps rapide, la dilatation ayant été rapidement complète. Enfant vivant de 2 kg. 900. La mère de la malade a eu des crises d'éclampsie à la naissance de cette dernière, et elle-même, aussitôt après la naissance, a présenté des phénomènes convulsifs.

Urines :

	Volume.	Densité.	Albumine.
17 avril (jour de l'accouchement). ✓	200 cc.	1,028	4 g. 50
18 avril.....	250 cc.	1,028	0 g. 50
19 avril.....	700 cc.	1,024	traces.
20 avril (crise urinaire).	1.500 cc.	1,018	»
24 avril.....	1.500 cc.	1,016	0

	Urée.	Phosphates.	Chlorure.
17 avril.....	20 g.	3 g.	6 g.
18 avril.....	25 g.	2 g. 80	7 g. 50
20 avril.....	29 g.	3 g.	11 g.

La malade part le 30 avril, guérie, sans albumine.

Coefficient de Maillard :

$$\begin{aligned}
 17 \text{ avril : } & \frac{1,8}{9,2} = 0,19 \times 100 = 19 \text{ p. } 100; \\
 18 \text{ avril : } & \frac{0,7}{9,3} \times 100 = 8 \text{ p. } 100; \\
 27 \text{ avril : } & \frac{0,36}{6,99} \times 100 = 5 \text{ p. } 100.
 \end{aligned}$$

OBSERVATION XI.

(Clinique d'accouchement, 1922. — N° 569.)

Accouchement normal. — Eclampsie « post-partum ».

I-pare, sans antécédents. Suivie à la clinique pendant sa grossesse. N'a pas présenté d'albumine. Accouche à 22 h. 30. A 3 h. 30, crise d'éclampsie, coma; autre crise un quart d'heure après.

T. A. : Mx, 24; Mn, 13; Io, 7. Pouls à 150, dur et bien frappé. Temp., 36°7. Saignée de 700 cc.; urée sanguine, 0 g. 24.

Purgation. T. A. : Mx, 20; Mn, 12; Io, 4; 6 nouvelles crises jusqu'à midi; l'urine recueillie à la sonde est fortement albumineuse.

Dans l'après-midi, la température remonte à 38 degrés.

La malade sort du coma, mais dit fort mal distinguer les objets environnants.

Crise urinaire le troisième jour.

Part, guérie, le quinzième jour. T. A. : Mx, 13,5; Mn, 8,5; Io, 2.

OBSERVATION XII.

(Clinique d'accouchement, 1928. — N° 393.)

Albuminurie. — Eclampsie. — Accouchement prématuré à 7 mois. Forceps. — Enfant mort-né.

I-pare; sans antécédents. Vient de Lacanau. La sage-femme a trouvé de l'albumine et a mis la malade au régime lacté. Malgré cela, a présenté, 24 heures après, des crises d'éclampsie. Un médecin appelé a fait une saignée. A eu 10 crises avant son arrivée. Arrive le 30 mai à 22 heures. Malade dans le coma; pouls petit, dépressible; léger œdème malléolaire. Grossesse de 7 mois. Dilatation complète. Rupture de la poche des eaux. Forceps en G. A. Latérocidence du cordon. Enfant mort. Deux crises d'éclampsie. T. A. : Mx, 13; Mn, 9; Io, 1.

Le 31, à 9 heures, nouvelle crise; depuis, la malade n'a présenté aucun phénomène nouveau.

Urines : albumine, 0 g. 50; acétone, 0 g. 80.

Crise urinaire le deuxième jour.

Le 2 juin, T. A. : Mx, 13; Mn, 9; Io, 2.

Le 7 juin, T. A. : Mx, 14; Mn, 8; Io, 1.

Part, guérie, le 15 juin; les urines ne contiennent plus d'albumine.

OBSERVATION XIII.

(G. PERY. — Maternité, 1931. — N° 483.)

Eclampsisme. — Régime lacté absolu. — Forceps. — Enfant mort le surlendemain de l'accouchement.

I-pare de 27 ans. Non suivie à la Maternité pendant sa grossesse. Arrive le 4 juin, souffrant depuis la veille. Col ouvert comme 5 francs; poche des eaux rompue; liquide teinté de méconium. Bruits du cœur mauvais. Pouls à 80. Température 36°8. Forceps en O. P. Enfant facilement ranimé, il mourra le surlendemain. La malade présentait de l'albumine depuis un mois; elle a été mise au régime lacté quinze jours; l'albumine a peu diminué.

Urines :

	Volume.	Albumine.	Densité.
Avant l'accouchement	200 cc.	2 g. 70	1,029
4 juin (jour de l'accouchement) ..	300 cc.	1 g. 75	1,030
6 juin	1.000 cc.	1 g.	1,020
8 juin	1.100 cc.	0 g. 50	1,019
10 juin	1 000 cc.	0 g. 75	1,020
12 juin	1.100 cc.	0 g. 50	1,018

4 juin : Présence d'urobiline dans les urines.

Avant l'accouchement, T. A. : Mx, 18; Mn, 12,5; Io, 2. P. E., 13.

Après l'accouchement (5 h. 30), T. A. : Mx, 17; Mn, 8; Io, 2. P. E., 12.

A 8 heures, T. A. : Mx, 11; Mn, 7; Io, 2. P. E., 11,5.

A 18 heures, T. A. : Mx, 13; Mn, 9; Io, 4,5. P. E., 12.

Crise urinaire le troisième jour.

La malade part, conservant encore des traces d'albumine.

Le 19 juin, T. A. : Mx, 16; Mn, 11; Io, 3. P. E., 12.

Urines (4 juin) : Urée, 17 g. 5; NaCl, 4,3; phosph., 1 g. 2; hématies et nombreux cylindres granuleux.

Coefficient de Maillard :

$$\text{Avant l'accouchement : } \frac{0,76}{8,05} \times 100 = 9 \text{ p. } 100;$$

$$\text{Le 5 juin : } \frac{5,1}{14,3} \times 100 = 4 \text{ p. } 100;$$

$$\text{Le 6 juin : } \frac{1,3}{6,4} \times 100 = 2 \text{ p. } 100;$$

$$\text{Le 10 juin : } \frac{0,9}{7} \times 100 = 11 \text{ p. } 100.$$

OBSERVATION XIV.

(G. PÉRY. — Maternité, 1931. — N° 539.)

*Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. — Albuminurie gravidique.
Eclampsisme. — Enfant mort et macéré.*

II-pare, 23 ans, sans antécédents. Entre dans le service le 12 juillet 1931. Auscultation négative. Poche d'eaux intacte. Dilatation de 1 franc. Albumine, 8 grammes. Accouche d'un enfant mort et macéré de 950 grammes.

Urines :

	Volume.	Albumine.	Urée.
13 juillet.....	150 cc.	8 g.	9 g.
14 juillet.....	300 cc.	6 g.	15 g.
15 juillet.....	1,300 cc.	4 g.	10 g.
18 juillet.....	1,500 cc.	3 g.	15 g. 50
21 juillet.....	1,600 cc.	0 g. 50	14 g.
23 juillet.....	1,500 cc.	0 g. 50	13 g. 50

Tension artérielle :

13 juillet : Mx, 21; Mn, 13; Io, 1,5. P. E., 14.

14 juillet : Mx, 17; Mn, 12; Io, 2. P. E., 13, 5

16 juillet : Mx, 14; Mn, 11; Io, 1,5. P. E., 13.

23 juillet : Mx, 13; Mn, 10,5; Io, 1,5. P. E., 12.

Sang : 13 juillet : Urée, 0 g. 18; glucose, 0 g. 94; cholestérol, 1 g. 82.

La malade part, avec des traces d'albumine.

OBSERVATION XV.

(G. PERY. — Maternité, 1931. — N° 322.)

Eclampsisme. — Accouchement prématuré. — Albuminurie gravidique. — Enfant mort et macéré.

II-pare, 24 ans. Une crise de rhumatisme articulaire aigu et coqueluche dans l'enfance.

Première grossesse, a présenté de l'albumine au quatrième mois. Accouchement prématuré d'un enfant mort-né.

Deuxième grossesse suivie pendant dix jours à la Maternité. A son arrivée, céphalée, œdème des membres inférieurs.

La malade ne sent pas remuer. Bruits du cœur négatifs.

Le 20 mai : Urines, 300 cc.; urée, 12 grammes; NaCl, 3 g. 5; phosphates, 1 g. 3; albumine, 10 grammes; urobiline, présence.

T. A., : Mx, 22; Mn, 10; Io, 7. P. E., 14.

Urines :

21 mai : 250 cc. T. A. : Mx, 21; Mn, 10; Io, 4,5. P. E., 13.

22 mai : 200 cc.

23 mai : La malade accouche d'un enfant mort et macéré de 950 grammes.

Le volume des urines monte à 500 cc. : urée, 25 grammes; albumine, 1 g. 50. T. A. : Mx, 20; Mn, 10; Io, 3,5. P. E., 13.

Le 30 mai : Urines, 500 cc.; urée, 23 grammes; albumine, 0 g. 50. T. A. : Mx, 18; Mn, 10; Io, 5,5. P. E., 12.

Cholestérol :

20 mai : 1 g. 82;

30 mai : 1 g. 60.

Coefficient de Maillard :

20 mai : $\frac{0,61}{5,59} \times 100 = 10 \text{ p. } 100;$

$$23 \text{ mai : } \frac{0,54}{11,65} \times 100 = 4 \text{ p. } 100;$$

$$30 \text{ mai : } \frac{0,57}{10,7} \times 100 = 4 \text{ p. } 100.$$

La malade part, conservant encore des traces d'albumine dans ses urines.

OBSERVATION XVI.

(Clinique d'accouchement, 1934. — N° 600.)

Six crises d'éclampsie au huitième mois. — Accouchement normal à terme.

IV-pare. Rougeole et scarlatine dans l'enfance. Trois grossesses normales; enfants vivants et bien portants. Malade non suivie pendant sa grossesse. Amenée le 8 juillet dans le service en état de coma éclamptique. 4 crises avant son entrée, 2 crises à son arrivée. Albumine, 1 g. 50. Saignée de 300 cc. T. A. : Mx, 18; Mn, 9; Io, 3, P. E., 12.

Le 9 au matin, confusion mentale. Tension artérielle reste élevée : Mx, 20; Mn, 13; Io, 3. P. E., 15.

Nouvelle saignée de 500 cc. La tension ne varie pas : Mx, 20; Mn, 13; Io, 4,5. P. E., 14.

L'état confusionnel se dissipe. Les bruits du cœur du fœtus persistent sans modification pendant et après la crise d'éclampsie.

Tension artérielle :

10 juillet : Mx, 19; Mn, 9; Io, 4. P. E., 14.

12 juillet : Mx, 18,5; Mn, 10,5; Io, 4. P. E., 12.

16 juillet : Mx, 18; Mn, 11,5; Io, 4,5. P. E., 14.

La malade accouche le 25 juillet d'un enfant vivant de 2 kg. 750. Placenta de 600 grammes. B.-W. négatif.

Tension artérielle :

26 juillet : Mx, 16; Mn, 10; Io, 3. P. E., 13.

5 août : Mx, 16; Mn, 8; Io, 2,5. P. E., 13.

Urée sanguine, 0 g. 35 le 9 juillet.

La malade part, guérie, le 7 août. Pas d'albumine dans les urines.

OBSERVATION XVII.

(Maternité, 1930. — N° 510.)

Eclampsie. — Hémiplégie. — Décès.

Malade entrant à la Maternité dans le coma. A eu chez elle 2 crises d'éclampsie. Le travail a commencé depuis peu et elle expulse un fœtus macéré de 650 grammes.

T. A. : Mx, 30; Mn, 15; Io, 6.

Saignée de 800 cc. Urée sanguine, 0 g. 30. Pouls à 100.

Cette saignée n'abaisse guère la tension, qui reste de : Mx, 28; Mn, 14; Io, 5,5.

Par sondage, on retire quelques centimètres cubes d'urine, qui contient 10 grammes d'albumine.

Le lendemain matin, la malade, toujours dans le coma, présente une hémiplégie droite.

T. A. : Mx, 25; Mn, 15; Io, 6. Pouls à 130. Temp., 36°5.

Le soir, le pouls monte à 140, ainsi que la température, 38°5.

La malade meurt dans la soirée, sans avoir repris connaissance.

OBSERVATION XVIII.

(G. PERY. — Maternité, 1930. — N° 1014.)

Grossesse à terme. — Eclampsie. — Forceps dans l'excavation.

I-pare à terme. Urines non examinées depuis quinze jours. Arrive à la Maternité le 19 décembre, à 16 h. 30, après 6 crises d'éclampsie.

A son arrivée, dilatation de 5 francs; tête en G. A.; membranes intactes; bassin normal; malade dans le coma. Par sondage, on retire quelques centimètres cubes d'urine, qui se prend en masse à la chaleur.

T. A. : Mx, 21; Mn, 14; Io, 3,5. Temp., 37 degrés. Pouls à 96. Bruits du cœur normaux.

La malade perd les eaux; on rompt largement les membranes. Purgation : Eau-de-vie allemande. A 18 heures, saignée de 600 centimètres cubes.

T. A. après la saignée n'a que peu diminué : Mx, 18,5; Mn, 14; Io, 3. Somnifène intraveineux, 1/2 centimètre cube.

La dilatation marche lentement, et à 20 heures n'est que de petite palmaire. Vu l'état de la malade, on intervient. Anesthésie légère au chloroforme; on termine manuellement la dilatation; forceps en G. A., facile. Enfant de 2 kg. 570, qui naît étonné, facilement ranimé. Gros placenta de 600 grammes; peu de sang s'écoule.

T. A. : Mx, 11,5; Mn, 8,5; Io, 3.

La malade reste dans le coma pendant la nuit et sort du coma le lendemain matin. Pas de nouvelle crise.

Le 21 décembre. urines, 200 cc. T. A. : Mx, 16; Mn, 9,5; Io, 3.

Le 22 décembre : urines, 2.000 cc. T. A. : Mx, 17; Mn, 9,5; Io, 2,5.

L'albumine, lente à diminuer, est encore de 2 grammes le 25 décembre.

A la sortie, le 12 janvier, elle est encore de 0 g. 20.

T. A. : Mx, 16; Mn, 10,5; Io, 2,5.

OBSERVATION XIX.

(G. PERY. — Maternité, 1930. — N° 826.)

Albuminurie gravidique. — Accouchement normal. — Eclampsie.

III-pare de 48 ans. Un enfant bien portant, un mort de méningite à 18 mois. Rougeole et coqueluche en bas âge. Malade envoyée à la Maternité par son médecin pour crises d'éclampsie et présence d'albumine dans les urines.

Saignée de 40 grammes faite en ville.

A son arrivée, malade agitée; facies vultueux; ne perd pas connaissance; se plaint de la tête.

Bassin normal; col ouvert comme 5 francs, membranes rompues.

Temp., 36°9. Pouls à 94.

Saignée de 500 centimètres cubes; urée sanguine, 0 g. 16.

T. A. avant la saignée : Mx, 17; Mn, 14; Io, 3.

T. A. après la saignée : Mx, 15; Mn, 8; Io, 4.

Somnifènes intraveineux, 2 centimètres cubes.

Malade somnolente: Température normale. Les bruits du cœur sont bons, et la malade accouche rapidement d'un enfant de 2 kg. 390. T. A. après la délivrance : Mx, 17; Mn, 11; Io, 4.

Le lendemain matin, T. A. : Mx, 14; Mn, 8; Io, 3. Temp., 37°1. Pouls à 90.

Urines :

Jour de l'accouchement, 100 cc. : albumine, 2 grammes;

Le lendemain, 500 cc. : albumine, 0 g. 50;

Le surlendemain, 1.500 cc. : albumine, 0 g. 25.

La malade part, guérie, le treizième jour; ses urines ne contiennent plus d'albumine.

OBSERVATION XX.

(G. PERY. — Maternité, 1930. — N° 783.)

Eclampsie. — Ballon de Champetier. — Forceps dans l'excavation.

Enfant mort.

I-pare de 22 ans, sans antécédents pathologiques.

Entre le 19 septembre, à 13 heures. 4 crises d'éclampsie chez elle; 2 à son entrée. Temp., 36°6. Pouls à 100.

T. A. avant la saignée : Mx, 18; Mn, 11; Io, 4.

T. A. après la saignée : Mx, 16; Mn, 8; Io, 3,5.

Saignée de 500 cc. Injection de 1 cc. de somnifène.

On retire par cathétérisme 300 cc. d'urine avec 7 grammes d'albumine.

Enfant vivant en O. I. D. T. Dilatation de 2 francs; membranes intactes. On rompt les membranes; une demi-heure après, on n'entend plus les bruits du cœur. La dilatation n'étant que de 5 francs, on place un ballon de Champetier, qui est expulsé au bout de deux heures.

Forceps; enfant mort.

Délivrance normale. Pas de nouvelle crise. La malade reprend connaissance le 20 septembre. Temp., 37°4. Pouls, 90.

Urines :

	Volume.	Albumine.	Densité.
Après l'accouchement...	800 cc.	4 g.	1.025
21 septembre.....	800 cc.	1 g.	1.024
22 septembre.....	1.500 cc.	0 g. 25	1.014
27 septembre.....	1.600 cc.	0	1.013

Tension artérielle :

Après l'accouchement : Mx, 16; Mn, 11; Io, 2,5;

21 septembre : Mx, 16; Mn, 11; Io, 2,5;

22 septembre : Mx, 16; Mn, 11; Io, 2,5;

27 septembre : Mx, 15; Mn, 11; Io, 2.

La malade part guérie le 5 octobre.

OBSERVATION XXI.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur BALARD.)

Albuminurie. — Eclampsisme. — Néphrite chronique. — Mort.

Mme C..., V-pare, 28 ans.

Antécédents héréditaires : Mère tabétique.

Voici l'histoire clinique de cette malade.

Première grossesse. — Normale. Enfant mort à quelques mois de gastro-entérite.

Deuxième grossesse. — Accouchement près du terme d'un enfant « araignée ».

L'enfant, élevé au sein par une parente, est vivant.

Ces deux grossesses n'ont pas été surveillées; aucune analyse d'urines.

Troisième grossesse. — Accouchement à 8 mois d'un enfant mort et macéré.

Albuminurie montant jusqu'à 12 grammes par litre.

Cette albuminurie a persisté jusqu'à sa quatrième grossesse, qui a suivi de près la précédente,

Quatrième grossesse. — A 4 mois de gestation, 2 grammes d'albumine d'une façon constante.

Fin janvier 1922, sous l'influence de deux suppositoires mercuriels ordonnés par son médecin, l'albuminurie monte brusquement à 7 grammes.

Examen (le 7 février). — Prostration entrecoupée de périodes d'agitation. Céphalée intense. Perte à peu près complète de la vue du côté gauche; léger œdème; albumine, 8 grammes.

T. A. : Mx, 28; Mn, 19; Io, 4. Bruits de galop.

Régime hydrique. Enfant vivant, 6 mois 1/2 de gestation.

Saignée de 750 cc. T. A. après la saignée: Mx, 19; Mn, 14, Io, 2,5.

La céphalée s'amende dans de fortes proportions; l'agitation cesse. Dans la nuit, lavement purgatif.

Le lendemain, devant la persistance des symptômes et l'état d'inanition de la malade, que l'on ne peut prolonger indéfiniment, alors que la gravité de l'état prééclamptique exige une diète hydrique absolue, on décide d'interrompre la grossesse.

Accouchement : Introduction d'un ballon de Champetier. Enfant de 1 kilo, qui vit dix-huit heures; délivrance sans une goutte de sang.

Dans les suites de couches, la tension indique un retour à l'état normal de la valeur des contractions cardiaques et un état stationnaire du côté rénal.

T. A. : Mx, 20; Mn, 14; Io, 4; Albumine, 2 grammes.

Au régime lacté fait suite le régime lacto-végétarien, entrecoupé, une fois par semaine, d'un jour de diète lactée et de purgation. La vue est complètement revenue du côté gauche; l'albumine tombe à 0 g. 50.

Le 17 mars, T. A. : Mx, 20; Mn, 14; Io, 6,5.

Disparition du bruit de galop, mais dyspnée et tachycardie au moindre effort.

Cinquième grossesse. — La malade redevient enceinte en décembre; dernières règles au début du mois. Jusque vers le 16 mai, la grossesse évolue normalement; cependant, l'albumine augmente

dans les urines et va jusqu'à 2 grammes. Urée sanguine, 0 g. 41. La T. A. oscille autour des chiffres suivants : Mx, 25; Mn, 11; Io, 6. P. E., 15.

Le 7 juin, aggravation des phénomènes subjectifs : céphalée, mouches volantes devant les yeux, barre épigastrique.

Régime hydrique. La tension, qui était de : Mx, 26; Mn, 12; Io, 6; P. E., 16, tombe à : Mx, 23; Mn, 15; P. E., 11. Albumine, 6 grammes, avec de nombreux cylindres hyalins dans les urines.

Le 26 juin, rupture spontanée des membranes. On accélère l'accouchement en mettant un petit ballon.

Enfant mort, de 1.100 grammes. La T. A. ne change pas.

Après la délivrance, petite hémorragie continue, qui ne dépasse guère 750 cc. Nouvelles petites hémorragies à répétition dans la journée. A 18 heures, expulsion de caillots, syncope. Révision utérine, toni-cardiaque. Le pouls s'accélère, et la malade meurt à 19 heures.

Une analyse d'urine faite en mars avait fait noter la présence d'urobiline et de sels biliaires.

OBSERVATION XXII.

(Clinique d'accouchement, 1928. — N° 189.)

Grossesse gémellaire, biovulaire. — Eclampsie du travail.

I-pare sans antécédents. Surveillée médicalement à partir du sixième mois. Pas d'albumine. Au septième mois, par le palper, on porte le diagnostic de grossesse gémellaire, vérifiée radiographiquement.

Entre dans le service le 16 mars, à 22 heures. Souffre depuis l'après-midi. A terme. Hauteur utérine, 36 cm. On sent une tête engagée; la seconde est au-dessus de la symphyse. A grande palmaire, on rompt les membranes, à 8 h. 30.

Avant les premiers efforts d'expulsion, battement des paupières, petits mouvements convulsifs des membres supérieurs, puis contractions toniques.

Respiration s'arrête; la cyanose devient très marquée; la langue est protégée. Très rapidement, la malade reprend conscience, pousse

un cri. Pas de période comateuse. Chloroforme. Forceps en G. A. Extraction rapide d'un premier fœtus, qui crie rapidement; deuxième application de forceps et extraction en O. S. d'un second fœtus, facilement ranimé après avoir été en état de mort apparente.

T. A. : Mx, 17; Mn, 8; Io, 2.

Aucune autre nouvelle crise. Albumine en petite quantité pendant la crise. Temp., 37°3. Pouls à 80.

OBSERVATION XXIII.

(G. PERY. — Maternité, 1931. — N° 414.)

Albuminurie. — Eclampsisme. — Hypertension.

Accouchement prématuré à 8 mois. — Enfant mort et macéré.

I-pare sans antécédents, 26 ans. Envoyée à la Maternité, enceinte de 7 mois, pour albuminurie et hypertension. Malgré un régime sévère : diète hydrique au début, purgations répétées et petites saignées; son albumine, dosée quotidiennement, présentait de grosses variations allant de 3 à 10 grammes. D'après les analyses, on voyait un accroissement progressif de l'albumine.

Quelques œdèmes fugaces des membres inférieurs.

L'hypertension a suivi une courbe analogue, avec des variations quotidiennes, mais avec tendance à l'augmentation.

Un mois environ après son arrivée, vers le 18 mai, on note l'absence de bruits du cœur du fœtus. Quelques contractions utérines.

A partir de ce moment, diurèse beaucoup plus importante; baisse progressive de l'albuminurie et de l'hypertension.

Expulsion, le 31 mai, d'un fœtus mort et macéré de 1 kg. 860.

Examens de laboratoire. — Sang :

	Urée sanguine.	Calcémie.
18 avril.....	0 g. 29	0 g. 13
29 avril.....	0 g. 22	0 g. 13
13 mai.....	0 g. 30	0 g. 14
23 mai.....	0 g. 25	0 g. 13

	Cholestérol.	Glucose.
18 avril.....	3 g.	0 g. 90
11 mai.....	3 g. 32	1 g.
16 mai.....	2 g. 89	1 g. 03
23 mai.....	1 g. 75	1 g. 10

Coefficient de Maillard :

$$\begin{aligned}
 &\text{Le 18 avril : } \frac{1,44}{9,09} \times 100 = 15 \text{ p. } 100; \\
 &\text{Le 27 avril : } \frac{1,23}{9,08} \times 100 = 13 \text{ p. } 100; \\
 &\text{Le 8 mai : } \frac{0,64}{7,92} \times 100 = 8 \text{ p. } 100; \\
 &\text{Le 11 mai : } \frac{0,46}{9,08} \times 100 = 5 \text{ p. } 100; \\
 &\text{Le 18 mai : } \frac{0,60}{5,82} \times 100 = 10 \text{ p. } 100; \\
 &\text{Le 5 juin : } \frac{0,72}{3,72} \times 100 = 19 \text{ p. } 100.
 \end{aligned}$$

Sortie de la malade.

Le poulx et la température furent constamment normaux.

La réaction de B.-W., faite trois fois, a toujours été négative.

La constante d'Ambard a été de 0,126.

La tension artérielle a été .

A l'entrée (17 avril) : Mx, 19; Mn, 10; Io, 2. P. E., 14,5;

A la mort du fœtus, 18 mai : Mx, 18; Mn, 9; Io, 2. P. E., 13;

Après l'accouchement (31 mai) : Mx, 15; Mn, 9; Io, 2.
P. E., 11,5.

Urines : Le volume des urines, qui était à l'entrée de 1 litre par 24 heures, a oscillé autour de ce chiffre jusqu'à la mort du fœtus *in utero*; à ce moment, il est monté à 2.200 cc. et s'est maintenu à ce chiffre.

Les chiffres d'urée et de chlorure furent en moyenne, pour 1.000 cc. : urée, 12 à 15 gr.; Chlorure, 7 à 8 gr.

Jusqu'à la mort du fœtus, le chiffre d'albumine oscille entre 1 et 10 grammes par litre puis tombe rapidement à 0 g. 50 et s'y maintient.

La malade part, avec des traces d'albumine.

On note la présence d'urobiline, qui disparaît à la mort du fœtus.

OBSERVATION XXIV.

(Clinique obstétricale, 1921. — N° 173.)

Eclampsie. — Forceps dans l'excavation. — Pyélonéphrite légère des suites de couches.

I-pare. Entre le 25 mars, à 22 heures, dans le coma. D'après les renseignements de l'entourage, rougeole à 9 ans, diphtérie pendant la grossesse. L'analyse d'urine a montré de l'albumine à ce moment-là.

Jusqu'au 25 mars, la grossesse évolue normalement. La malade a ses premières douleurs d'accouchement à cette date.

Première crise d'éclampsie à 16 heures; nouvelle crise une demi-heure après; les crises se renouvellent, et, à 19 heures, deviennent subintrantes.

Malade dans le coma; pouls plein, tendu, à 90; température, 38 degrés.

Par sondage, on recueille 100 cc. d'urine; albumine, 0 g. 35; présence d'urobiline; corps cétoniques en petite quantité.

Tête en O. I. G. P.; bruits du cœur positifs. Rotation manuelle et prise de forceps et G. A. facile. Enfant vivant de 3 kg. 680.

T. A. avant la saignée : Mx, 20; Mn, 11; Io, 3.

Saignée de 400 cc. : urée sanguine, 0 g. 46.

T. A. après la saignée : Mx, 16; Mn, 8; Io, 9.

Le lendemain, la T. A. est : Mx, 12; Mn, 7; Io, 2,5.

La malade part, guérie, au bout de quatorze jours.

OBSERVATION XXV.

(Clinique d'accouchement, 1921. — N° 484 bis.)

Eclampsie. — Accouchement accéléré. — Enfant vivant.

Mort de la mère.

Malade entrée le 19 septembre, à 21 heures. A son arrivée, répond aux questions, ouvre les yeux, fait quelques mouvements; pupilles dilatées, œdème de la face.

T. A. : Mx, 23; Mn, 10; Io, 4.

Un quart d'heure après son admission, crise éclamptique de trois minutes, suivie de somnolence. Pas de coma complet.

Saignée de 400 cc. : urée sanguine, 0 g. 37; chloroforme.

Par cathétérisme, on retire 30 grammes d'urines fortement albumineuses.

Col effacé; dilatation de 1 franc; membranes rompues; tête engagée, auscultation positive à gauche.

Antécédents. — On ignore la date des dernières règles. I-pare albumine constatée pendant la grossesse; traitement non suivi. A eu, six ans avant sa grossesse, une scarlatine grave.

Jusqu'à 24 heures, trois crises convulsives; saignée de 400 cc. T. A. inchangée.

Mise en place d'un ballon de Champetier qui donne une dilatation de 5 francs. On complète manuellement. Forceps en O. P.: 3 circulaires très serrées; enfant difficilement ranimé.

A 1 heure, nouvelle crise; cyanose intense; pouls à 132; coma complet.

Entre 5 heures et 6 h. 1/2, 6 crises subintrantes.

T. A. : Mx, 20; Mn, 10; Io, 4.

Jusqu'à 22 heures, 4 nouvelles crises. Pouls à 140 avec des intermittences. Temp., 37°5.

Le 21, à 2 h. 30, nouvelle crise d'une demi-heure. Pouls à 160. T. A. : Mx, 19; Mn, 11; Io, 4.

Pas de nouvelle crise jusqu'à 8 heures; à 8 h. 10, dernière crise, de quelques minutes, et mort à 8 h. 30.

OBSERVATION XXVI.

(Clinique d'accouchement, 1923. — N° 380.)

Siège décomplété, mode des fesses. — Eclampsie.

I-pare sans antécédents. A commencé à souffrir le 27 juin à 22 heures. A perdu les eaux le 28 juin à 1 heure. Première crise d'éclampsie à 7 h. 10; deuxième crise à 8 heures.

T. A. : Mx, 18; Mn, 10; Io, 4. Albumine, 8 grammes.

S. I. G. A. Dilatation de 5 francs.

Abaissement d'un pied et extraction facile. Délivrance normale; enfant vivant; aucune autre crise.

L'albumine diminue rapidement, pour tomber à des traces au bout de dix jours; le volume des urines augmente.

1^{er} jour : 200 cc.; urée, 11 grammes;

2^e jour : 300 cc.; urée, 25 grammes;

3^e jour : 2.000 cc.; urée, 19 grammes (crise urinaire).

Le volume des urines reste ensuite entre 1.500 et 2.000 cc.

Urée sanguine, 0 g. 33.

OBSERVATION XXVII.

(Clinique d'accouchement, 1923. — N° 416.)

Eclampsie. — Accouchement spontané. — Enfant mort.

Hypospadias.

IV-pare. Deux accouchements normaux; une fausse-couche. Rougeole à 9 ans; pleurésie à 18 ans.

Entre en salle de travail le 15 juillet, à 1 h. 30. Contractions très fortes; céphalée; barre épigastrique; pas de troubles de la vue. Traces d'albumine. Col entier. Morphine. A 6 h. 1/4, première crise d'éclampsie. T. A. : Mx, 19; Mn, 11; Io, 3,5. On n'entend plus les bruits du cœur. Saignée de 800 cc.

5 crises jusqu'à 22 h. 30. Accouchement d'un enfant mort de 1.500 grammes.

Enfant naît en état de rigidité cadavérique. Membres grêles et infiltrés. OEdème généralisé. Pied bot à gauche. Hypospadias.

Urines :

	Volume.	Urée.	NaCl.	Albumine.	Acétone.
15 juillet.....	400 cc.	11 g.	6,9	0 g. 50	en petite quantité.
16 juillet.....	500 cc.	11 g. 50	»	0 g. 50	
10 juillet.....	1.500 cc.	14 g. 5	»	0 g. 30	

L'albumine diminue rapidement, et la malade part, guérie, le quinzième jour. T. A. : Mx, 17; Mn, 11; Io, 2,5.

OBSERVATION XXVIII.

(Clinique d'accouchement, 1923. — N° 420.)

Eclampsie (35 crises). — Forceps dans l'excavation.

Enfant vivant.

Malade amenée à la clinique le 20 juillet, à 17 heures, dans le coma. Examinée au quatrième mois de la grossesse et pas depuis. Pas d'œdème: Nombreuses crises d'éclampsie.

Contractions utérines espacées. Bruits du cœur réguliers. Col perméable.

A 23 h. 25, dilatation complète. Forceps en O. P.

Enfant extrait rapidement en état de mort apparente; respire régulièrement au bout de peu de temps.

Délivrance naturelle; placenta normal.

Le 21 juillet au matin, coma toujours profond, crises d'éclampsie nombreuses.

Ponction lombaire donnant issue à un liquide clair, légèrement hypertendu.

Albumine, 0 g. 40;

Nacl, 7 g. 60;

Urée, 0 g. 31

Ne reprend connaissance que le 23 juillet.

Le nombre des crises éclamptiques s'élève à 35 : 5 chez elle, 23 le 20 juillet et 7 le 21 juillet.

Tension artérielle :

A l'entrée : Mx, 22; Mn, 8; Io, 2,5;
 A la fin du coma : Mx, 16; Mn, 9; Io, 3,5;
 24 juillet : Mx, 15; Mn, 9; Io, 3,5;
 30 juillet : Mx, 13; Mn, 8; Io, 2,5.
 21 juillet : temp., 39°4; pouls, 128;
 22 juillet : temp., 36°8; pouls, 80.

Urines :

	Volume.	Urée.	Albumine.
	—	—	—
20 juillet.....	200 cc.	11 g.	0 g. 50
22 juillet.....	250 cc.	12 g.	0 g. 40
24 juillet..	1.500 cc.	20 g.	0 g. 10

La malade part, guérie, le 7 août, ne présentant plus d'albumine.

OBSERVATION XXIX

(Clinique d'accouchement, 1924. — N° 246.)

Eclampsie. — Enfant mort et macéré. — Décès.

II-pare; un avortement à 1 mois 1/2.

Le 13 avril dans la soirée, la malade, qui n'avait pas été surveillée pendant sa grossesse, présente de la céphalée et des troubles de la vue.

Le 14 au matin, on trouve la malade dans le coma; elle a eu 6 crises d'éclampsie. Un médecin fait une saignée de 500 cc., donne un lavement de chloral et l'envoie à la clinique d'accouchement.

A son arrivée : Pouls, à 140; température, 37°9; T. A. : Mx, 17; Mn, 11; Io, 2.

Vessie vide. Pas d'œdème.

Les crises sont : les unes à forme hémiplegique, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux, les secousses cloniques débutant par un bras, puis s'étendant aux membres inférieurs du même côté, la déviation de la tête se faisant du côté atteint de convulsions; d'autres à forme monoplegique; d'autres enfin, moins nom-

breuses, mais plus longues, présentent le tableau classique des convulsions généralisées avec phases tonique et clonique. La durée des crises est de quatre à six minutes.

Traitement : Lavements purgatifs, sérum bicarbonaté, morphine.

Saignée de 100 cc. : urée sanguine, 0 g. 28.

Dans la nuit du 14 au 15 avril, crises assez fréquentes.

Ponction lombaire; liquide clair coulant goutte à goutte.

Urée, 0 g. 28;

NaCl, 7 g. 50;

Albumine, 0 g. 45.

T. A. : Mx, 18; Mn, 6; Io, 4. Temp., 40 degrés. Pouls à 125.

Par sondage, on recueille 150 cc. d'urine fortement albumineuse; présence d'urobiline; forte présence d'acétone.

Dans l'après-midi, la malade accouche d'un enfant mort de 2 kg. 600.

A 17 heures, nouvelle saignée de 300 cc. : urée sanguine, 0 g. 76. T. A. non modifiée.

12 crises d'éclampsie dans la journée.

Dans la nuit, la température et le pouls montent; à 21 heures, 41 degrés; pouls à 130.

La malade meurt dans la matinée du 7 avril.

OBSERVATION XXX.

(Clinique d'accouchement, 1926. — N° III.)

Eclampsie et mort huit heures après l'arrivée.

IV-pare sans antécédents. Arrive dans le service le 14 février 1926, en plein coma.

La malade a pris les oreillons à un de ses enfants et a 40 degrés depuis quatre jours.

Coma complet depuis le matin. Respiration bruyante à 72. Température, 40°5. T. A. : Mx, 18; Mn, 7; Io, 3.

Pupilles en myosis. Par sondage, on recueille quelques centi-cubes d'urine, qui présente un abondant précipité d'albumine.

Saignée de 400 cc. ; urée sanguine, 0 g. 80. Ventouses scarifiées sur les reins. Théobryl intraveineux. Lavage d'estomac. Lavement purgatif.

Expulsion vers 16 heures d'un enfant mort.

Etat stationnaire jusqu'à 18 heures. Dyspnée de plus en plus intense. Pouls très rapide, à 180; la malade meurt à 21 heures.

OBSERVATION XXXI.

(Clinique d'accouchement, 1927. — N° 568.)

Accouchement prématuré à 8 mois 1/2 chez une spécifique traitée pendant sa grossesse. — Eclampsie.

II-pare; un avortement à 3 mois. B.-W. + + + +. Traités pendant sa grossesse.

Accouche le 27 juillet d'un enfant de 2 kg. 210.

Dans la journée du 30 juillet, la malade ressent une céphalée frontale intense; le soir, température, 39 degrés; pouls à 110.

Lochies très fétides; cornes utérines douloureuses; glace sur l'abdomen. Sulfarsénol, 12 cg. Le 31 juillet, crises convulsives précédées de cris. Convulsions de la face et des membres supérieurs, d'abord convulsions toniques puis cloniques; morsures de la langue; puis période de stertor. Durée de la crise, dix minutes.

T. A. : Mx, 16; Mn, 6; Io, 3,5. Huile camphrée, morphine, lavement.

1^{er} août, à 17 heures, nouvelle crise convulsive.

T.A. : Mx, 13; Mn, 6; Io, 3. Saignée de 100 cc. : urée sanguine, 0 g. 25. Albumine, traces.

Sort, guérie, le 13 août.

OBSERVATION XXXII.

(Clinique d'accouchement, 1928. — N° 533.)

Eclampsie. — Folie puerpérale. — Guérison.

II-pare sans antécédents. Entre le 21 juillet, à 21 heures, pour éclampsie. OEdème très marqué des membres inférieurs. Gros pré-

cipité d'albumine dans les urines. A eu 7 crises avec morsures de la langue.

T. A. : Mx, 28; Mn, 12; Io, 6. Saignée de 350 cc. : Urée sanguine, 0 g. 83. Morphine, huile camphrée, lavement purgatif.

A 17 heures, on rompt la poche des eaux; dilatation de 5 frans; col souple. On fait une dilatation manuelle sous chloroforme et on termine par une application de forceps dans l'excavation, en O. I. G. A.

Délivrance rapide. Pouls à 100; température, 38°4.

T. A.: Mx, 19; Mn, 10; Io, 3.

Le 23 juillet, saignée de 250 cc.; le 24 juillet, présente des signes de folie puerpérale; elle crie, et croit qu'on lui supprime son enfant. Température, 39°7. Céphalée. Morphine, huile camphrée, eau-de-vie allemande, potion bromurée. Revient à son état normal deux jours après.

Tension artérielle :

24 juillet : Mx, 24; Mn, 12; Io, 4;

28 juillet : Mx, 20; Mn, 13; Io, 2;

30 juillet : Mx, 18; Mn, 11; Io, 2.

L'analyse des urines, le 24 juillet, donne : albumine, 0 g. 04; acétone, forte présence.

La malade part, guérie, le 10 août.

OBSERVATION XXXIII.

(Maternité, 1929. — N° 655.)

Albuminurie massive. — Eclampsie de la délivrance. — Syphilis.

Première grossesse à 28 ans : Accouchement prématuré; enfant mort-né; crises d'éclampsie.

Deuxième grossesse à 29 ans : Accouchement normal à terme; fille de 3 kilos.

Troisième grossesse à 30 ans : Accouchement prématuré à 7 mois; pas de crise d'éclampsie, mais grosse albuminurie (1 g. 80).

Rougeole à 6 ans.

Quatrième grossesse actuelle. Accouche un peu avant terme d'un enfant de 2 kg. 500.

Après la délivrance, trois crises d'éclampsie. La malade arrive à la Maternité; quatrième crise dès son arrivée. Grosse albuminurie : 15 grammes. Amaurose. T. A. : Mx, 22; Mn, 13. Saignée de 500 cc. T. A. : Mx, 12; Mn, 8. Somnifène intraveineux. Purgation : Eau-de-vie allemande. Diète hydrique les deux premiers jours, puis diète lactée.

Les troubles de la vue persistent une demi-journée et s'atténuent ensuite rapidement.

Urines :

	Volume.	Albumine.
1 ^{er} jour.....	300 cc.	15 g.
2 ^e jour.....	500 cc.	10 g.
3 ^e jour (crise urinaire)...	1.500 cc.	3 g.
4 ^e jour.....	2.000 cc.	2 g.

Tension artérielle :

3^e jour : Mx, 18,5; Mn, 11; Io, 2,5;

5^e jour : Mx, 19; Mn, 11; Io, 2,5.

La malade part, guérie, avec des traces d'albumine, le seizième jour.

OBSERVATION XXXIV.

(Maternité, 1930. — N° 1008.)

Eclampsisme. — Albuminurie. — Hypertension. — Latérocidence de la main. — Circulaire du cordon. — Insuffisance mitrale rhumatismale. — Accouchement normal

I-pare, 19 ans. Une crise de rhumatisme articulaire aigu à 11 ans, qui a laissé un souffle d'insuffisance mitrale. Grossesse de 8 mois 1/4. Arrive en salle à 6 heures. Poche des eaux rompue depuis 14 heures la veille. Dilatation complète; tête en O. I. D. T.

Accouchement normal, sauf latérocidence de la main, d'un enfant

de 2 kg. 320. Circulaire lâche du cordon. Hémorragie de la délivrance. Injection intra-utérine, sécacornine. On note l'aspect bouffi du visage; œdème des paupières et des jambes; céphalée; somnolence; barre épigastrique; bourdonnements d'oreilles; vertiges, en un mot de nombreux signes d'éclampsie. Albuminurie assez abondante : 3 grammes.

T. A. avant l'accouchement : Mx, 18; Mn, 9,5; Io, 4,5.

T. A. après l'accouchement : Mx, 16; Mn, 8; Io, 4,5.

Traitement médical habituel : eau-de-vie allemande, diète hydrique, tisanes diurétiques, grands lavages intestinaux.

T. A. le 3^e jour : Mx, 16; Mn, 8; Io, 4,5.

T. A. le 9^e jour : Mx, 15; Mn, 7; Io, 5.

Volume des urines :

1^{er} jour : 50 cc.;

2^e jour : 200 cc.

4^e au 10^e jour : 500 cc.;

11^e jour : 1 litre.

La malade part, guérie, le vingt-cinquième jour, après avoir fait une menace de phlébite au onzième jour.

OBSERVATION XXXV.

(Maternité, 1921. — N° 87.)

Crise d'éclampsie avec enfant mort et macéré.

I-pare de 30 ans.

Antécédents : En 1915, scarlatine.

Devient enceinte pendant les premiers jours de mai 1920. Rien de spécial. Dès le troisième mois apparaît une céphalée tenace, qui ne disparaîtra plus; pesanteur à l'épigastre; constipation alternée avec des périodes de diarrhée. Ces symptômes augmentent. La malade consulte un médecin, qui prescrit le régime lacté absolu, fidèlement suivi. Le 20 août surviennent des crises d'éclampsie accompagnées de coma; 17 crises se succèdent. Les deux dernières

après une saignée abondante, de un litre environ, qui est faite le 21.

La quantité d'urines fut toujours aussi abondante.

La torpeur dura quatre jours.

Grossesse conservée.

Depuis, abondantes épistaxis. Pas de crise nouvelle.

Le 21 janvier, elle arrive dans le service avec une grossesse de 9 mois.

Examen (le 23 janvier). — On n'entend plus les bruits du cœur.

T. A. : Mx, 15; Mn, 9,5; Io, 3. Urines albumineuses : 2 g. 40.

Diète hydrique.

Le lendemain, T. A. : Mx, 12; Mn, 8; Io, 2,5.

Le 1^{er} février, la malade accouche d'un enfant mort et macéré.

Délivrance normale. Placenta hémorragique.

T. A. : Mx, 14; Mn, 7; Io, 2,5.

Les suites de couches sont apyrétiques, sauf une lymphangite mammaire au quatrième jour.

L'albumine diminue. La malade part, guérie, le quinzième jour, conservant des traces d'albumine dans ses urines.

La réaction de B.-W. est négative dans le sang.

OBSERVATION XXXVI.

(Maternité, 1921. — N° 223.)

Eclampsie de la grossesse. — Accouchement accéléré.

Ballon de Champetier. — Enfant vivant.

I-pare de 19 ans, sans antécédents. Grossesse de 9 mois. Entre en salle de travail le 19 mars à midi. A suivi un régime lacté. Trois jours auparavant, les urines contenaient de l'albumine.

Quelques instants après son arrivée, elle est prise subitement d'une crise d'éclampsie. On recueille par cathétérisme quelques centimètres cubes d'urine fortement albumineuse.

T. A. : Mx, 19; Mn, 13,5; Io, 3. Saignée de 400 cc.

Tension non modifiée.

Traitement médical : eau-de-vie allemande, lavage intestinal.

Coma peu profond. Enfant vivant; présentation du sommet. Col

largement déhiscent. On introduit un ballon de Champetier de moyen volume à 15 h. 30; expulsion à 20 h. 30. Forceps pour terminer. Enfant vivant, délivrance naturelle. Injection intra-utérine iodée.

A 21 heures, deuxième crise plus violente : temp., 36 degrés, pouls à 92.

A 23 heures, troisième crise : temp., 37°9; pouls à 130.

Cette dernière crise est suivie d'une période comateuse de vingt heures. Le 20 mars, à 17 heures, la malade reprend conscience.

Urée sanguine :

19 mars, 0 g. 93;

25 mars, 0 g. 52;

2 avril, 0 g. 46.

La malade part, guérie, le 3 avril.

OBSERVATION XXXVII.

(Maternité, 1921. — N° 449.)

Accouchement normal. — Crises d'éclampsie trente-six heures après l'accouchement. — Hémiplégie sept jours après

I-pare de 24 ans. Rougeole en bas âge; grippe en 1921.

Entre en salle de travail le 22 juin 1921, à 1 heure, ayant perdu les eaux le 21 à 23 h. 30. Col dilaté comme 2 francs. Température 37 degrés, pouls à 76.

Accouche à 18 h. 30 d'un enfant de 3 kg. 100.

Première crise d'éclampsie à 20 heures, suivie de 4 autres.

Température, 36°6; pouls à 70. A la dernière crise, temp., 37°9; pouls à 120.

Analyse d'urines :

22 juin : albumine, 0 g. 40; urée, 16 g. 40;

25 juin : albumine, 0 g. 06; urée, 10 g. 60:

Urée sanguine : 0 g. 49.

T. A. à l'arrivée : Mx, 12; Mn, 7; Io, 1.

T. A. le 25 juin : Mx, 8; Mn, 4; Io, 1.

Le 30 au soir, gêne brusque pour parler; hémiplegie droite avec perte de connaissance. Face déviée. Traits effacés à droite; rien dans la musculature de l'œil. Langue déviée du côté atteint. Dysarthrie. Impotence complète du membre supérieur. Quelques mouvements et une certaine force musculaire conservés au niveau du membre inférieur. Sensibilité au tact et à la chaleur. Hypoesthésie à la piqûre, marquée surtout à l'extrémité inférieure du membre supérieur droit. Anesthésie pharyngée complète. Pas de troubles sphinctériens. B.W. dans le liquide céphalo-rachidien. Pas de réaction cellulaire. Albumine, 0 g. 35.

Régression rapide en 15 jours : marche normale possible; mouvements du membre supérieur; réflexes et excitabilité faradique exagérée du côté atteint; parole légèrement trainante; intelligence peu modifiée.

OBSERVATION XXXVIII.

(Maternité 1924. — N° 343.)

Grossesse et fibrome praevia. — Opération césarienne.

Hystérectomie totale. — Eclampsie des suites de couches.

II-pare de 35 ans, à terme, rougeole en bas âge.

L'examen des urines au huitième mois a montré des traces d'albumine; aucun examen depuis. Bassin normal; par le toucher, on découvre un fibrome praevia gros comme une mandarine occupant l'aire du détroit supérieur. Albumine en grosse quantité.

Oeuf ouvert, enfant vivant, se présentant par le sommet, difficilement accessible, retenu au-dessus du détroit supérieur par le fibrome. Malgré l'infection de l'œuf, température 38 degrés. On fait une césarienne, suivie d'hystérectomie totale.

Quelques heures après l'opération, 8 crises éclamptiques de minuit à 10 heures. Température, 38 degrés à 9 heures. Saignée de 300 cc. Inhalations de chloroforme à la reine. Potion et lavement de chloral.

T. A. après la saignée : Mx, 14; Mn, 10; Io, 1,5.

La malade reprend vite connaissance; la quantité d'urines s'élève progressivement.

1^{er} jour, 250 cc. : albumine, 6 grammes;

2^e jour, 750 cc. : albumine, 2 grammes;

3^e jour, 1.500 cc. : albumine, 0 g. 50 (crise urinaire).

Le pouls et la température descendent respectivement de 120 à 68 et de 37 à 36 degrés en quatre jours.

La malade part, guérie, le dix-septième jour.

OBSERVATION XXXIX.

(Maternité, 1925. — N° 978.)

Eclampsie de la grossesse. — Avortement de six mois.

III-pare. Rougeole en bas âge.

Première grossesse à 23 ans : Accouchement normal. Garçon décédé huit jours après; convulsions.

Deuxième grossesse à 28 ans : Avortement de deux mois et demi. Aucune surveillance pendant sa grossesse. Le 12 décembre, vers 18 heures, la malade est subitement prise d'une céphalée intense et de douleurs épigastriques.

Le 13 décembre à 9 heures, crise d'éclampsie; absence d'urine jusqu'au 14.

A ce moment, les urines examinées contiennent 4 grammes d'albumine.

Un médecin appelé fait mettre des sangsues, fait donner deux lavements et une purgation. Pas d'autre crise convulsive jusqu'au 15 décembre, jour de son entrée à la Maternité. Grossesse de six mois, enfant vivant, aucune modification du côté du col.

Lavement purgatif, qui ne donne pas de résultat. Purgation à l'eau-de-vie allemande, qui produit un résultat abondant.

Saignée de 900 cc.

T. A. avant la saignée : Mx, 21; Mn, 10; Io, 9,5.

T. A. après la saignée : Mx, 18; Mn, 9; Io, 8,5.

Urée sanguine, 0 g. 27.

Volume des urines : 200 cc.; albumine, 3 g. 50.

Le 17 décembre : Volume des urines : 400 cc.; albumine, 1 g. 50.

T. A. le matin : Mx, 19; Mn, 9; Io, 7.

T. A. à 18 heures : Mx, 23; Mn, 10; Io, 9.

Le 18 décembre, à 9 heures, T. A. s'élève à : Mx, 23,5; Mn, 9,5; Io, 8.

A 13 h. 30, crise d'éclampsie, suivie de 5 autres jusqu'à minuit. Température, 36°8. Pouls à 80.

Le 19 décembre, à 1 heure, saignée de 500 cc.

T. A. avant la saignée : Mx, 20; Mn, 10; Io, 9.

T. A. après la saignée : Mx, 18; Mn, 10; Io, 8,5.

Deux autres crises à 7 heures et 9 heures. T. A. remonte à : Mx, 20; Mn, 9; Io, 8. Pouls à 60. Température, 38°9.

A 10 heures, la dilatation est de 4 franc; on rompt les membranes; accouchement spontané à midi 50.

A partir de ce moment, la malade n'a plus de crise.

La T. A., qui était, le 21 décembre de : Mx, 23; Mn, 10; Io, 9,5, passe, le 26 décembre, à : Mx, 12; Mn, 9; Io, 3.

En même temps, le volume des urines et le chiffre d'albumine varient entre les chiffres suivants :

19 décembre, 500 cc. : albumine, 3 g. 50;

21 décembre, 800 cc. : albumine, 1 gramme;

23 décembre, 1.400 cc. : albumine, 0 g. 50 (crise urinaire).

La malade part, guérie, le 3 janvier, sans albumine dans les urines.

OBSERVATION XL.

(Clinique d'accouchement, 1928. — N° 748.)

Eclampsie et hémorragie rétroplacentaire. — Hystérectomie subtotale. — Décès douze heures après. — Enfant mort-né.

Malade envoyée par le Docteur Boursier pour hémorragie rétroplacentaire et éclampsie. La malade avait eu auparavant 2 crises d'éclampsie; elle est vue à 11 heures, le 25 octobre. Elle est agitée et se plaint de douleurs dans les reins. Elle somnole entre les douleurs. Pas de coma.

T. A. : Mx, 19; Mn, 11; Io, 5. Saignée de 400 cc. T. A. tombe à : Mx, 16; Mn, 9; Io, 4.

On constate l'existence d'une perte de sang assez abondante par le vagin; utérus dur et tendu; col déhiscent; auscultation négative.

La malade entre à la clinique le 23 octobre à 14 heures. Pouls à 98. Température à 37 degrés.

Le Professeur agrégé Faugère voit la malade à 17 heures et décide d'intervenir par voie haute.

Césarienne : Utérus violacé; gros caillot de 1 kilo; enfant de mort récente de 1 kg. 560; grosse infiltration sanguine siégeant dans tout le ligament large.

Hystérectomie subtotale rapide; pouls mieux frappé.

Après l'intervention, la malade reste dans le demi-coma.

Pouls bon jusque vers minuit. Le facies s'altère et, malgré les toni-cardiaques habituels, la malade meurt à 7 heures.

Pour ne pas allonger indéfiniment le nombre des observations, nous nous sommes arrêté au chiffre de 40. Ce nombre ne représente pas toutes les éclamptiques vues à la Clinique obstétricale et à la Maternité de Bordeaux de 1920 à 1931. En effet, 70 ont été diagnostiquées et soignées pendant ces onze années.

Nous avons pris dans chaque catégorie de cas un exemple. C'est celui qui nous a semblé le plus typique. Nous avons tenu compte des autres au point de vue du pourcentage de mortalité et de guérison.

CONCLUSIONS

De nos recherches cliniques et de laboratoire, il résulte que :

I. — L'éclampsie reste toujours, comme le disait Tarnier, une maladie à surprise : on sait quand une crise commence, on ne sait pas comment elle finira.

II. — Le pronostic de l'éclampsie est difficile parce que nous nous trouvons en face non d'une maladie, mais d'un syndrome : le syndrome éclamptique.

III. — Au point de vue clinique, on peut déduire que :

Les crises sont plus graves chez les multipares que chez les primipares.

L'éclampsie de la grossesse est en général plus grave.

Le pronostic est d'autant plus sévère que la grossesse est moins avancée.

Le pouls et la température grim pant soit seul, soit tous deux ensemble, sont d'une haute gravité.

L'élévation de la tension minima, la valeur peu importante de la pression variable, doivent nous faire craindre une issue fatale.

Plus le coma est profond et durable, plus réservé doit être le pronostic.

Les complications assombrissent sensiblement le pronostic; ce sont : les hémorragies rétroplacentaires, les hémorragies cérébro-méningées, l'ictère, la défaillance cardiaque et les complications pulmonaires.

Au contraire, les troubles oculaires, les névrites et les psychoses semblent ne pas aggraver sensiblement le pronostic dans l'éclampsie. Cependant, les névrites du facial, du pneumo-gastrique et des nerfs laryngés, sont presque toujours suivies de mort.

IV. — Au point de vue laboratoire, l'étude de la diurèse a une grosse importance pronostique. Crise urinaire précoce et abondante, heureux présage. Anurie persistante, issue fatale.

De l'étude des éléments normaux, l'urée seule est utile à connaître; un chiffre élevé, dès le troisième jour, sans polyurie excessive, annonce la guérison.

Un chiffre d'albumine élevé est souvent d'un mauvais pronostic.

L'étude du coefficient de Maillard et de la constante d'Am-bard donne des résultats variables, qui ne peuvent entrer en ligne de compte pour l'établissement du pronostic.

V. — Le sang et le liquide céphalo-rachidien n'apportent aucun élément pronostic, sauf peut-être l'étude de la toxicité du sérum sanguin. Espérons que les travaux à venir sur la réserve alcaline jetteront un peu de lumière sur le pronostic.

VI. — Comme il est rarement possible d'établir un pronostic dès les premières crises et puisqu'elles peuvent être mortelles, tout cas d'éclampsie doit être traité comme s'il était de la plus haute gravité.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : LE DOYEN,
C. SIGALAS.

Le Président,
ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 30 novembre 1931.

Pour le Recteur de l'Académie.

Le Vice-Président du Conseil de l'Université.

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABUREL et ORNSTEIN. — Considération sur la calcémie en obstétrique. *Gyn. et Obst.*, janv. 1931.
- ANDÉRODIAS. — Crises convulsives frustes ayant précédé de quelques jours des attaques d'éclampsie bien caractérisées. *Rev. de gyn., obst. et péd.*, 1910.
- Eclampsie chez une femme atteinte d'ichtyose généralisée. *Soc. Obst.* Paris, nov. 1900.
- Hémorragie rétroplacentaire. (Clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Bordeaux).
- Eclampsie tardive du *post partum*. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, nov. 1930.
- Sur un cas d'éclampsie. *Soc. de gyn., obst. et péd.*, Bordeaux 1900.
- ANDÉRODIAS et BASTEAU. — Grossesse trigémellaire. *Soc. d'obst. et gyn.*, 1^{er} mai 1923.
- BALARD. — Les données oscillométriques dans l'albuminurie gravidique et les suites de couches. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, mai 1921.
- Les applications obstétricales de l'oscillométrie. *Journ. méd. franç.*, sept. 1919.
- De la tension artérielle en obstétrique. Mémoire pour le Prix Jean Dubreuil.
- BALARD et MAHON. — *Bull. de la Soc. franç. de gyn. et obst.*, mai 1929.
- BALEY. — Des symptômes prodromiques de l'éclampsie et de leur traitement par le régime lacté. Thèse Paris, 1893.
- BALLANTYNE. — Tracé sphygmographiques dans l'éclampsie puerpérale. *Edinburgh Med. Journ.*, mai 1885.

- BAR. — Liquide céphalo-rachidien sanglant et hémorragie méningée dans l'éclampsie. *Soc. d'obst. de Paris*, 1904.
- Sur l'éclampsie puerpérale. *Ann. de la Soc. d'obst. de France*, 1895.
- BARANGER. — Cardiopathies et grossesse. Thèse Paris, 1898.
- BLAIN. — Le poulx dans la puerpéralité. Thèse Paris, 1908.
- BLUM et BARBARO. — *Progrès médical*, n° 11, 1925.
- BONNEVILLE. — *Gaz. des hôp.*, 1872.
- BRINDEAU. — Pratique de l'art des accouchements, t. II, art. « Intoxication gravidique ».
- BRUSLON. — Tension artérielle chez les femmes enceintes albuminuriques. Thèse Paris, 1902.
- BUDIN. — *Gaz. des hôp.* 1872.
- BUTTE. — L'urée du sang dans l'éclampsie. *Bull. méd.*, 1906.
- CALDWELL et LYLE. — *Amer. Journ. of. Obst. and Gyn.*, vol. II, 1921.
- CARBONI et FERRARI. — Les éléments étiologiques de l'éclampsie puerpérale. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, janv. 1927.
- CHARPENTIER. — Thèse d'agrégation, Paris, 1872.
- Traité des accouchements, t. I.
- CHAVOIX. — Thèse Bordeaux, 1913.
- CHIRIE. — Recherches expérimentales sur l'éclampsie. Thèse Paris, 1907.
- CLEIZ et LAUDAT. — Azotémie et gestation. *Gyn. et Obst.*, 1927.
- COUDRAY. — Thèse Paris, 1900.
- COUVELAIRE. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, avril 1931.
- *Rev. franç. de gyn. et obst.*, mai 1921.
- DAUNAY. — L'urine des éclamptiques. Thèse Paris, 1908.
- DARRIGADE. — Thèse Bordeaux, 1923.
- DELAUNAY. — Physiologie chimique du sang. La réserve alcaline *Bull. méd.*, oct. 1930.
- DEPAUL. — Cliniques obstétricales. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1854.
- DELMAS, COLL DE CARRERA et CRISTOL. — Réunion de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Montpellier. In *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1926.
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* — Article « Eclampsie ».

- DIEUDE. — Contribution à l'étude clinique de la température dans l'éclampsie puerpérale. Thèse Paris, 1875.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Accouchement.
- DUTARD. — Thèse Bordeaux, 1920.
- EDEN. — Congrès de gynécologie et obstétrique, Liverpool. 1922.
- FLETCHER SHAW. — Three bad prognostic signs in eclampsia. *Brit. Med. Journ.*, oct. 1910.
- FREINBERG et LASH. — Le calcium du sang dans l'éclampsie. *Sur., Gyn. et Obst.*, févr. 1926.
- FRUHHINSHOLTZ. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1921.
- GALLY, GASPARRO et LABRO. — Mort par hémorragie méningée chez une éclampsique. Soc. d'obst. de Toulouse, in *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1927.
- GAUCHON. — Thèse Paris, 1913.
- GAUJOUX. — Eclampsie du *post partum* et crises éclampsiformes. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, nov. 1928.
- GAUTRUCHE. — Thèse de médecine, Paris, 1913.
- GEUER. — Ueber Eklampsie. *Zentralbl. f. Gynä.*, 1894.
- GIRAUD (Marthe). — Etude sur les rétentions azotées. Thèse Montpellier, 1917.
- GRACA. — *Gaz. méd. de Bratislava*, oct. 1924.
- GRIGAUT. — Le cycle de la cholestérinémie. Thèse Paris, 1913.
- GUIONET. — Le traitement actuel de l'éclampsie à la maternité de Lariboisière. Thèse Paris, 1927.
- HAUCH. — *Arch. mens. de Gyn. et obst.*, 1917.
- L'éclampsie après l'accouchement. *Arch. mens. de gyn. et obst.*, 1917.
- HARRIS. — The after effects of the late toxemia of pregnancy. *Bull. of the John Hopkins's Hospital*, t. XXXV, avril 1914.
- HEITZ. — *Arch. des mal. du cœur et des vaisseaux*, t. XVII, mai 1924.
- HEINRICH ENFINGEN. — *Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäk.*, t. XCV, n° 2, mai 1924.
- HOLODENKO. — Contribution à l'étude de l'azotémie au cours de l'éclampsie convulsive de la gestation et de la puerpéralité. Thèse Paris, 1927.

- HOLSTE. — *Zentralbl. f. Gynäk.*, 11 nov. 1922.
- KEHRER. — *Arch. f. Gynäk.*, t. CXII.
- LACHAPELLE (Mme). — *Pratique des accouchements*, t. III. Baillière, 1825.
- LE LORIER. — Les petites hypertensions d'alarme dans la toxémie gravidique convulsivante. *Presse médicale*, janv. 1923.
- LÉVY-SOLAL, KISTHINIOS et LEPAGE. — Pression moyenne et éclampsie. *Bull. de l'Acad. de méd.*, avril 1931.
- LÉVY-SOLAL, DALSACE et GUILLET. — *Soc. de biol.*, 1927.
- LLAMES MASSINI. — Traitement chirurgical précoce de l'éclampsie. *Gyn. et Obst.*, 1927.
- MARSAUDON. — Pronostic éloigné de l'éclampsie. Thèse Bordeaux, 1914.
- MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses*, 1711.
- MORRIS SLEMONS. — Analysis of the blood in eclampsia. *Amer. Journ. of obst.*, 1918.
- NICOLLEAU. — Contribution à l'étude de l'éclampsie *post partum*. Thèse Paris, 1926.
- PACHON. — La mesure de la pression artérielle par la méthode des oscillations. *Paris médical*, 1^{er} juill. 1911.
- Une orientation nouvelle de la sphygmomanométrie. La pression minima étalon sphygmomanométrique. *Presse médicale*, 22 mars 1912.
- PACHON et FABRE. — *Rev. méd. franç.*, juin 1922.
- Lois fixant les relations de la pression efficace avec l'état de suffisance ou d'insuffisance circulatoire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 mai 1931.
- PEREZ, PERSCHUBU et MONERO. — *C. R. Soc. de biol.*, 1923.
- PERY et DARRIGADE. — Un cas d'éclampsie au quatrième mois de la grossesse. *Soc. d'obst. et gyn. de Bordeaux*, in *C. R. Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1922.
- PORTES. — Le rapport urinaire de l'azote formol à l'azote hypobromite. Thèse Montpellier, 1919.
- POUGET. — Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle dans l'éclampsie puerpérale. Thèse Alger, 1914.
- QUEIREL et RAYNAUD. — Tension et puerpéralité. *Ann. de gyn. et obst.*, août 1900.

- RIVIÈRE (Marc). — *Soc. d'obst. et gyn. de Bordeaux*, oct. 1922.
- RIVIÈRE (Maurice). — Pathogénie et traitement de l'éclampsie, 1888.
- SARATOF. — De l'influence de la grossesse normale sur le cœur sain. Thèse Paris, 1898.
- SCHLOTZ. — *Klin. Monatsbl. f. Geburt*, 1921.
- STANDER *American journal of Obstetrics and Gynecologia*, mars 1925.
- TARNIER et BUDIN. — Traité des accouchements, t. III, art. « Eclampsie ».
- TITUS, DODDS et WILLET. — Les fluctuations de la glycémie pendant l'éclampsie. *Amer. Jour. of Obst. and Gyn.*, 1928, t. XV.
- TARNIER et CAMBRELAND. — *Ann. de gyn.*, nov. 1892.
- VAQUEZ. — Hypertension artérielle dans l'éclampsie puerpérale. *L'Obstétrique*, avril 1906.
- VAQUEZ GLEY et GOMEZ. — Une nouvelle étape de la sphygmomanométrie. *Presse médicale*, 25 février 1931.
- VAQUEZ et NOBÉCOURT. — Pression artérielle dans l'éclampsie puerpérale. *Soc. méd. des hôpitaux*, janv. 1897.
- VIGNES. — Recherches sur l'avenir des femmes atteintes d'éclampsie. *Journ. des prat.*, 14 mars 1931.
- VINAY. — Maladies de la grossesse, 1894.
- VORON et VALENDU. — Eclampsie suivie de mort par hémorragie cérébrale intraventriculaire. *Soc. d'obst. et gyn. de Lyon*, in *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1922.
- VORON et PIGEAUD. — Le coefficient de Maillard utilisé comme élément de diagnostic et de pronostic dans les vomissements graves de la grossesse. *Gyn. et Obst.*, avril 1931.
- WIDEN. — Blutzucken und Eclampsie. *Monatschr. f. Geburtshülfe und Gynäk.*, t. XLI, 1913.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION.....	13
GÉNÉRALITÉS.....	14
PREMIÈRE PARTIE. — <i>Éléments de pronostic donnés par la clinique</i>	16
I. — Les antécédents pathologiques.....	16
II. — Age des malades et parité.....	18
III. — Période de la puerpéralité.....	20
IV. — Age de la grossesse.....	22
V. — Nombre et caractère des crises.....	23
VI. — L'œdème.....	27
VII. — Le pouls.....	28
VIII. — La température.....	29
IX. — Le coma.....	34
X. — La tension artérielle.....	35
XI. — Les complications dans l'éclampsie.....	42
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Éléments de pronostic donnés par le laboratoire</i>	47
I. — Les urines.....	47
II. — Le sang.....	55
III. — Le liquide céphalo-rachidien.....	61
TROISIÈME PARTIE. — <i>Pronostic d'après le traitement médical et obstétrical</i> ..	62
QUATRIÈME PARTIE. — <i>Pronostic éloigné pour la mère et l'enfant</i>	64
CINQUIÈME PARTIE. — <i>Observations</i>	66
CONCLUSIONS.....	105
BIBLIOGRAPHIE ...	107

